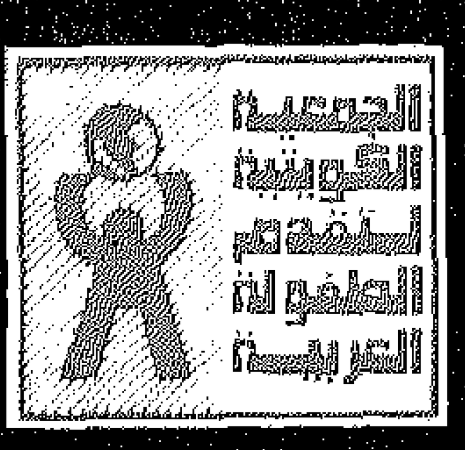


الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية

مشروع الأوضاع التربوية والتعليمية والنفسية
في فترة ما بعد التحرير في دولة الكويت

٤

تأثير المدى البعيد لأزمة الخليج على أطفال الكويت ووالديهم

إعـــداد

د. فوزية عباس هادي — قسم علم النفس التربوي / كلية التربية / جامعة الكويت

د. ماريا مجدلينا يابري — مركز بحوث الطب السلوكي وقسم علم النفس / جامعة ميامي

مراجعة النسخة العربية : أ.د. رجاء محمود ابو علام

يونيو ١٩٩٤

اهداءات ٢٠٠٢
المجلس الوطنى للثقافة والفنون والاداب
الكويت



الجمعيّة الكويتية لتقدم الطفولة العربيّة
مشروع الأوضاع التربوية والتعليمية والنفسية
فى فترة ما بعد التحرير فى دولة الكويت

٤

تأثير المدى البعيد لأزمة الخليج على أطفال الكويت ووالديهم

إعـــداد

د. فوزية عباس هادي — قسم علم النفس التربوي / كلية التربية / جامعة الكويت

د. ماريا مجدلينا يابري — مركز بحوث الطب السلوكي وقسم علم النفس / جامعة ميامي

مراجعة النسخة العربية : أ.د. رجاء محمود ابو علام

يونيو ١٩٩٤

رسم الغلاف الأول :
ندى عادل أحمد الرقم
العمر : 11 سنة
المدرسة : Gulf English School

رسم الغلاف الأخير :
خديجة ضياء عبد الحميد الصايغ
العمر : 12 سنة
المدرسة : فاطمة بنت عبد الملك المتوسطة

تطلب هذه السلسلة من

الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية

ص . ب : ٢٣٩٢٨ صفاة – الرمز البريدي 13100 الكويت
تلفون : ٤٧٤٨٤٧٩ – ٤٧٤٨٣٨٧
فاكس : ٤٧٤٩٣٨١

المحتويات

الإفتتاحية

يأتي هذا المشروع البحثي ضمن سلسلة من الأبحاث المتخصصة استجابة للعهد الذي قطعته الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية على نفسها للإرتقاء بالطفولة الكويتية في فترة ما بعد التحرير، والعمل على تخليصها من الآثار المدمرة من جراء الاحتلال العراقي على مسيرة حياتها التربوية والاجتماعية.

والمشروع جزء من مشروع أكبر احتضنته الدكتورة سعاد الصباح تحت اسم مشروع المرحوم الشيخ عبد الله المبارك الصباح والذي يهدف أساسا الى تشجيع البحث العلمي للكشف عن المشاكل الناجمة عن الغزو العراقي وكيفية التصدي لها، والى تعريف المجتمع الكويتي بآثار هذه الأزمة على النواحي التربوية والاجتماعية والى تبصير الآباء والأمهات والمعلمين بواجباتهم في التعامل مع تلك الآثار، والى ضرورة وضع سياسة وطنية شاملة للطفولة فى الكويت فى عقد التسعينات.

وقد هدفت الجمعية من وراء هذا المشروع البحثي إلى إلقاء بعض الضوء، محليا وعربيا ودوليا، على مقدار المعاناة التي حمل وزرها أطفال الكويت من جراء العدوان عليهم، والى ايصال بعض من معاناتهم الى المجتمع الدولي وذلك من خلال دراسات علمية رصينة تنشر في مجلات علمية ودولية.

وهذا المشروع البحثي الذي بين أيدينا يعد جزءا من مشروع دراسة شاملة تقوم بها الجمعية، عن الأوضاع التربوية والتعليمية والنفسية لأطفال الكويت في أعقاب الغزو العراقي، والذي تم تمويله من قبل الصندوق العربي للإنماء الإقتصادي والاجتماعي، ومركز المرحوم الشيخ عبد الله المبارك الصباح، ومؤسسة الكويت للتقدم العلمي، والجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، وتتلخص أهداف المشروع الشامل فيما يلي :

أولا : مراجعة أوضاع التعليم العام في الكويت قبل الغزو وخطط تطويره لتحقيق الأهداف المنشودة من التعليم في التنمية الاقتصادية والثقافية والاجتماعية.

ثانيا : دراسة تأثير الغزو والاحتلال على الطفل الكويتي (الطالب والطالبة في جميع مراحل التعليم العام بما في ذلك المراحل التمهيدية) من جميع الجوانب النفسية والسلوكية والعلاقاتية (الأسرة، المدرسة، المجتمع المحلي والمجتمع الخارجي).

ثالثا : دراسة تأثير الغزو على النظام التعليمي لتحديد المعوقات والسلبيات المستجدة نتيجة للغزو،

والفرص الواعدة لتطوير نظام التعليم.

رابعا : تحليل نتائج الدراسات السابقة ووضع توصيات واقتراحات محددة للتغلب على السلبيات والمعوقات، ووضع حلول لمشكلات التعليم.

وقد شارك السادة الآتية أسماؤهم من الاخصائيين والنفسيين العاملين بادارة الخدمة النفسية بوزارة التربية وجامعة الكويت، وذلك كمساعدي باحثين لتجميع البيانات، وعقد المقابلات، مع عينة الدراسة في المدارس التي وقع عليها الاختيار، وهم السادة :

1 – عاتكة السعيد
2 – هيفاء الدريبان
3 – جميلة السعيدي
4 – هيفاء التركيت
5 – نوال يوسف
6 – بدرية اسماعيل
7 – ندى السعدون
8 – سميرة القلاف
9 – هيفاء العصفور
10– فاطمة الخلف
11– ليلى البدر
12– خديجة الشيبة
13– نبيهة المسباح
14– بدر بارون
15– حبيب الحمد
16– يوسف ابراهيم البيومي

وفيما يلي بيان بأسماء المدارس في المناطق التعليمية الخمس، والتي تعاونت مشكورة بتيسير مهمة مساعدي الباحثين لتطبيق المقاييس الخاصة بالدراسة :–

منطقة العاصمة التعليمية :

1- معن بن زائدة المتوسطة (بنين).

2 - الفيحاء المشتركة (بنات).

3 - درة بنت أبي سلمة الإبتدائية (بنات).

4 - خولة المتوسطة (بنات).

5 - نائلة المتوسطة (بنات).

6- الشامية المتوسطة (بنات).

7 - ذات الصواري الإبتدائية (بنات).

8 - آمنة الإبتدائية (بنات).

9 - عبد الله المسعود المتوسطة (بنين).

10 - الشويخ المتوسطة (بنين).

11- المنصورية المشتركة (بنات).

12 - فهد العسكر الإبتدائية (بنين).

13 - الرشيد الإبتدائية (بنين).

14 - عبد العزيز العتيقي الابتدائية (بنين).

15- صقر الشبيب الابتدائية (بنين).

16 -غرناطة المشتركة (بنات).

17 - الصليبخات المتوسطة (بنين).

18 - سيف الدولة المتوسطة (بنين).

19 - الفيحاء المتوسطة (بنين).

منطقة حولي التعليمية :

20 - محمد الشايجي الابتدائية (بنين) .

21 - عيسى اللوغاني الابتدائية (بنين) .

22- عبد الله بن كثير الابتدائية (بنين) .

23– مشعان الخضير الخالد المتوسطة (بنين) .

24 – ابن النفيس المتوسطة (بنين) .

25 – نصف يوسف النصف المتوسطة (بنين) .

26 – الجابرية المتوسطة (بنين) .

27 – أبو تمام المتوسطة (بنين) .

28 – عبد الله عبد اللطيف العمر الابتدائية (بنين) .

29 – عبد المحسن الخرافي المتوسطة (بنين) .

30– عثمان عبد اللطيف العثمان الابتدائية (بنين) .

31 – سعد بن أبي وقاص المتوسطة (بنين) .

32 – القيروان المتوسطة (بنات) .

33 – الشعب المتوسطة (بنات) .

34 – الزهراء المتوسطة (بنات) .

35– فاطمة بنت عبد الملك المتوسطة (بنات) .

36 – مشرف المتوسطة (بنات) .

37– بيان المتوسطة (بنات) .

38 – قرطبة المتوسطة (بنات) .

39 – معاذة العدوية الابتدائية (بنات) .

Gulf English School – 40

منطقة الفروانية التعليمية

41– عبد العزيز الرشيد المشتركة (بنين) .

42 – عبد العزيز حمادة المشتركة (بنين) .

43 – النجاح المتوسطة (بنين) .

44 – الأندلس الإبتدائية (بنات) .

45– الرابية المتوسطة (بنات) .

46 – أبرق خيطان المتوسطة (بنات).

47– فاطمة بنت قيس المتوسطة (بنات) .

48 – المعهد الديني (بنات) .

49 – أروى بنت عبد الملك المتوسطة (بنات) .

50 – شيماء بنت الحارث المتوسطة (بنات) .

51 – ليلى القريشية المتوسطة (بنات) .

52 – النجاة الخيرية الخاصة (بنات) .

53 – البيروني المشتركة (بنين) .

54 – عبد المحسن البحر الابتدائية (بنين) .

55 – ذي قار الابتدائية (بنات) .

56 – أجنادين الابتدائية (بنات) .

منطقة الجهراء التعليمية :

57– الواحة المتوسطة (بنين) .

58 – أم معبد المتوسطة (بنات) .

59 – الدوحة المتوسطة (بنات) .

60 – علي السالم الصباح المتوسطة (بنين) .

61 – حمود الصباح المتوسطة (بنين) .

منطقة الاحمدي التعليمية :

62– حمد الخالد الابتدائية (بنين) .

63 – مصعب بن عمير المتوسطة (بنين) .

64– الرقة المتوسطة (بنين) .

65 – عبد الرحمن بن أبي بكر المتوسطة (بنين) .

66 – فاطمة بنت الخطاب الابتدائية (بنات) .

67– الرقة المتوسطة (بنات) .

68 – حراء المتوسطة (بنات) .

69- سبيعة بنت الحارث المتوسطة (بنات) .

70- عفراء بنت عبيد الابتدائية (بنات) .

71 – الصابرية المتوسطة (بنات) .

72 – نوفل الحارث المتوسطة (بنين) .

73 – غرب الفنطاس المشتركة (بنات) .

74 – ملا صالح الابتدائية (بنين) .

ويسعد الجمعية أن تتقدم بوافر الشكر والتقدير لمؤسسة الكويت للتقدم العلمي في تمويل هذه الدراسة . وكما يسرها أن تشكر كل من مكتب الشهيد، واللجنة الوطنية الكويتية لشئون الأسرى والمفقودين، والجمعية الكويتية للدفاع عن ضحايا الحرب، بتزويد الباحثين بقائمة بأسماء الأطفال، وأسماء مدارسهم، وأعمارهم، ولوزارة التربية وتخص بالذكر الأستاذة دلال المشعان مديرة ادارة الخدمة النفسية سابقا، وللسادة الأساتذة نظار وناظرات المدارس الذين تعاونوا معنا في هذا العمل .

كما تتقدم الجمعية بالشكر الجزيل للسادة الباحثين ومساعدي الباحثين والأطفال وأولياء أمورهم ولكل من أسهم بجهده في سبيل انجاز هذه الدراسة .

ان الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية اذ تأخذ على عاتقها الالتزام الكامل بالأهداف الوطنية والقومية والدولية الموجهة الى تغيير واقع الأطفال والارتقاء بنوعية حياتهم، ليشرفها أن تمد يدها الى الخير من أبناء هذا الوطن المعطاء ومؤسساته المختلفة من أجل العمل المشترك في مجال رعاية الطفولة وحمايتها خلال العقود القادمة، ورفعها الى قمة أولويات المجتمع .

رئيس الجمعية

د. حسن الابراهيم

ملخص الدراسة

يظهر كل من الأطفال والكبار الذين تعرضوا لصدمات حادة أعراض القلق، والاكتئاب، والافراط في الحساسية، وتشكيات جسدية أخرى ثابتة مع ما يعرف باضطراب رد الفعل الاجهادي لما بعد الصدمة (PTSD) . وقد تألفت عينات الدراسة من 151 طفلا كويتيا، تتراوح أعمارهم ما بين التاسعة والثانية عشر إضافة إلى 140 من والديهم. كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة تقويم النتائج النفسية، والمعرفية، والفسيولوجية للصدمة الناتجة من الاحتلال العراقي على كل من أطفال الكويت ووالديهم .

ولقد تم تطبيق بطارية التقويم المتألفة من اختبار وكسلر الكويت لذكاء الأطفال ، ومجموعة من المقاييس النفسية المقننة، ومقياس الأزمات المقننة للأطفال على جميع المشاركين من الأطفال بواسطة اخصائيين نفسيين مدربين. ولقد تم قياس ضغط الدم ومعدل ضربات القلب للأطفال قبل وأثناء المقابلة، اضافة الى جمع عينات من البول على مدار اثنتي عشر ساعة خلال الليل وذلك لتحديد مستوى الكورتزول ، والادرينالين ، واللاأدرينالين . كما تم تطبيق مقاييس سيكولوجية أخرى لكل من الوالدين ومدرسي الأطفال.

ولقد دلت نتائج الدراسة على أن مجموعة الصدمة عانت أكثر من اضطراب رد الفعل الاجهادي لما بعد الصدمة ، والاكتئاب، والقلق مقارنة بالمجموعة الضابطة. وأظهرت النتائج أيضا فروقات ذات دلالة على متغير الجنس، حيث أظهر الأولاد مستويات أعلى من التوتر مقارنة بالبنات. وكما أفادت البنات عن تلقيهن لمستويات أعلى من الدعم الانفعالي الذي يمكن اعتباره بمثابة العازل ضد الحزن المرتفع مما أدى إلى إفادتهن عن درجات أكبر من التفاؤل.

وبالرغم من تكافؤ ذكاء الأطفال في المجموعتين، غير أن أطفال مجموعة الصدمة سجلوا درجات أقل من أطفال المجموعة الضابطة على المقاييس الفرعية ذات تأثير في الذاكرة، والتركيز، والوعي الاجتماعي، والتجريد التنظيمي. كما أكدت نتائج تحليل بيانات ضغط الدم ومعدل ضربات القلب عن وجود فروقات في ردة فعل ضربات القلب بين مجموعتي الصدمة والضابطة. ولقد لوحظ نفس النمط من الفروقات على المقاييس الفرعية لعينة الآباء، ومع ذلك فإن الآباء والمدرسين كانوا غير قادرين بصورة منظمة على اكتشاف المشكلات السلوكية لدى الأطفال.

وتظهر نتائج هذه الدراسة، أنه بعد سنتين من انتهاء أزمة الخليج، فان الأطفال الذين تعرضوا لصدمة حادة وكذلك آبائهم، ما زالوا يكشفون عن مستويات من القلق النفسي تزيد على ما نجده في المجموعة الضابطة . ولقد تم استخدام نتائج هذه الدراسة لتكون قاعدة في اقتراح التدخلات اللازمة والتدريبات الملائمة للقائمين على التعامل مع الأطفال.

مقدمــة الدراسة

بدأت أزمة الخليج في الثاني من أغسطس 1990 ، بغزو مفاجيء للكويت قام به الجيش العراقي واستمر حتى نهاية فبراير 1991 ، عند صدور قرار وقف إطلاق النار . ولقد عانى سكان الكويت خلال أزمة الخليج الكثير ، فقد دمرت ممتلكاتهم وتعرضوا للأذى أو الموت . ورغم استطاعة الآلاف من الكويتيين المدنيين النجاة عبر الحدود إلى المملكة العربية السعودية ، إلا أن الكثير منهم ظل يعيش تحت وطأة نظام منع التجول والنقص في المواد الغذائية، هذا بخلاف العيش في ظل الخوف والأذى والإرهاب. ولاشك في أن ما مر به الشعب الكويتي من خبرات في تلك الظروف لم تكن خبرة عادية على الإطلاق ، فقد كانت تلك الخبرات صدمة شديدة تكفي لاحداث الشعور بالأسى لـدى كـل شخص تقريبـا . وهـذه الصفات هي في الواقع جوهر تعريف الكارثة (Saylor, 1993,p . 2)، وبذلك تعتبر أزمة الخليج بكل المعايير كارثة من صنع الإنسان ذات أبعاد كبيرة.

وهناك حتى الآن دلائل متزايدة توثق التأثيرات النفسية لهذه الكوارث على البشر. ويبدو أن معظم البحوث في هذا المجال تشكو من قصور في المنهجية، تبعا لعدم القدرة على تحقيق الضبط المنظم، والافتقار الى المصادر التي تصاحب عادة أي كارثة. ولذلك فان الغاية من هذه الدراسة هي تقويم التأثيرات النفسية، والفسيولوجية، والمعرفية، لأزمة الخليج على الأطفال الكويتيين، وأبائهم على المدى الطويل. وتستند هذه الدراسة على دراسة أولية سابقة أجراها الباحثان عام ١٩٩٢ على عينة عشوائية من الأطفال الكويتيين.

ولقد أمكن في هذه الدراسة الثانية حل العديد من المشاكل المنهجية، بما في ذلك بناء واختبار بطارية شاملة من المقاييس الملائمة، لاستخدامها مع الكبار والأطفال في هذه البيئة، وتنفيذ خطة معاينة تتضمن تقييم الأفراد الذين تعرضوا لصدمة شديدة، إضافة للأفراد الذين تأثروا بشكل معتدل وبات بالإمكان الاستعانة بهم كمجموعة ضابطة. وكذلك استخدام بعض البيانات التي تم اختيارها في الدراسة المبدئية. ويقوم هذا التقرير على مراجعة الدراسات الراهنة التي ننتقل اليها الآن.

توصل رينسون وبيكمان (Rubinson & Bickman, 1991) باستخدام منهج التحليل البعدي (Meta-Analysis) للدراسات الخاصة بالكوارث الى أنه بعد التعرض للكارثة فإننا نتوقع زيادة بنسبة 17 % من الأمراض النفسية. ولقد وصف العديد من الباحثين العواقب النفسية للكوارث بالاشارة الى

زملـــة أعــــراض الاستجابة للضغوط، فعلى سبيل المثال يلاحظ هورويتز وستنسون وفليد (Horowitz, Stinson, & Field, 1991) أن زملة أعراض الاستجابة للضغوط تتضمن أعراض رد الفعل الاجهادي لما بعد الصدمة (Post - traumatic Stress Disorder) ، والاكتئاب (Depression)، والقلق (Anxiety).

وتتضـــمن الدراســـات المماثلـــة التي تساند هذه الظواهر النفسية تحقيقات عن الكوارث الطبيعية (Shore et al. , 1986; McFarlane, 1988; Freedy et al., 1992) والحوادث التي من صنع الانسان (Baum et al., 1993; Baum, 1987; Green et al., 1990)، والتعذيب أو الحروب (Keehn, 1980; Allodi et al., 1985; Speed et al., 1989). ويبدو أن التأثيرات تكون أكثر حدة وأكثر دواما عندما تكون الكارثة أو المصيبة من صنع الانسان (Melamed, Melamed, & Bouhoutsos, 1989).

ولقد أظهرت العديد من الدراسات زيادة في المشاكل الصحية بعد وقوع الكارثة. فقد تبين على سبيل المثال أن هناك تزايد في الوفيات الناجمة عن المشاكل المتعلقة بالقلب نتيجة الزلازل (Katsouyanni et al., 1986). كما أفاد واكنت وزملاؤه (Waigandt et al., 1990) عن وجود أعراض صحية أكثر لدى المحاربين، ولدى ضحايا الإعتداءات الجنسية مقارنة بمجموعة ضابطة. وكما تحدث ديفدسون وزملاؤه (Davidson & Baum, 1986; Baum, Gatchel & Schaeffer, 1983) عن ارتفاع في ضغط الدم، ومعدلات مستويات ضربات القلب اضافة لارتفاع مستويات اللاأدرينالين في البول، وزيادة الأعراض الجسدية لدى البالغين الذين يعيشون بالقرب من محطة توليد الطاقة النووية في مدينة ثري مايل أيلاند الأمريكية، وذلك مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة الذين يعيشون على بعد 80 ميلا على الاقل من ذلك الموقع.

وكما ارتبط أيضا القصور المعرفي بأعراض اضطرابات رد الفعل الاجهادي لما بعد الصدمة (PTSD)، كما جاء في بعض الدراسات. ولقد قام (Baum, Gatchel, & Schaeffer, 1983) بتقييم أداء عينة من سكان مدينة ثري مايل أيلاند ومجموعة ضابطة في المهام المطلوبة في اختبار الأشكال المتضمنة ومراجعة القراءة، وتبين من نتائج هذه الدراسة أن أفراد عينة ثري مايل أيلاند أظهروا قصورا في كلا الاختبارين، مقارنة بالمجموعة الضابطة. وتتطلب مهام الاختبارين التركيز والدافعية وهي عوامل يمكن تأثرها بالإجهاد.

وبالرغم من أن الدراسات المتوفرة حول آثار الكوارث على الأطفال غير متجانسة، إلا أنها تشير أن هناك ما يوازيها فيما يتعلق بالتأثيرات التي تم اكتشافها لدى البالغين. وينطبق ذلك بشكل خاص

عندما تشتمل الكارثة على خطر فقد الحياة بالنسبة للطفل كما هي الحال في الحروب، وكما كانت عليه الحال في أزمة الخليج.

وهنـــاك قضيتان هامتان يجب أخذهما بعـــين الاعتبـــار عند تقويم الدراســـات المتوفـــرة عن الأطفـــال، الأولى : ما هـــي مدى تعـــرض الاطفال للصدمة (أي ماهي قوة الصدمة ؟)، حيث أنه يمكـــن أن نتوقـــع فروقا فردية في مستوى التعرض للصدمة، ولهذا فانه من الضروري تقييم هذا المتغير، وعدم التسليـــم بأن مجـــرد التعـــرض له يمثل إدراكا للخطر من جانب الطفل. والقضية الثانية : ما مدى دقة التقارير حول قوة ومستوى النتائج ؟ مثال ذلك أن بعض البحوث (Yule & Williams, 1990; Earls et al., 1988; McFarlane et al., 1987) أشارت الى أن الآباء والمعلمين يميلون الى التقليل في تقاريرهم من حدة ردود الفعل لدى الأطفال، ولذلك فباستخدام تقارير الآباء والمعلمين فان الباحث قد يستنتج كما فعل (Garmezy & Rutter, 1985) بأن المشاكل السلوكية ليست بالحدة المتوقعة وأنها تزول بشكل سريع نسبيا .

فان الهدف الأساسي من هذه الدراسة كان لتقويم النتائج النفسية والمعرفية والصحية، للصدمة الناجمة عن أزمة الخليج على أطفال الكويت الذين تعرضوا لأشكال حادة منها، بسبب أعمال القتل والخطف والتعذيب التي نفذت بحق آبائهم. أما الهدف الثاني فكان تقويم النتائج النفسية للأزمة على آباء هؤلاء الأطفال. وأخيرا استطلعت الدراسة ما اذا كانت الآثار السلوكية على الأطفال واضحة لدى المدرسين والآباء. ان هذا التقويم الشامل تم اجراؤه كمحاولة لتحديد احتياجات أطفال الكويت، وفهم أنواع التدخلات (Interventions) اللازمة والمناسبة للتقليل من الآلام الناجمة عن هذه الكارثة.

منهجية البحث

العينة :

تألفت عينات الدراسة من 151 طفلا كويتيا، تتراوح أعمارهم ما بين التاسعة والثانية عشرة من العمر اضافة الى 140 من والديهم. وقد عانى كل من الأطفال ووالديهم من صدمة مؤلمة نتيجة للاحتلال العراقي للكويت. وتباينت درجات تلك الصدمة ما بين المعتدلة والشديدة. وسوف نصف كل واحدة من هاتين العينتين على حده.

عينة الأطفال :

تكونت هذه العينة من 40 طفلا (المجموعة الاولى) قتل أباؤهم (20 ولدا و 20 بنتا)، و 39 طفلا (المجموعة الثانية) لا زال أباؤهم مفقودين (19 ولدا و 20 بنتا)، و 33 طفلا (المجموعة الثالثة) ممن ألقى القبض عليهم أو على والديهم، وقد يكون جرى تعذيبهم (16 ولدا و17 بنتا).

ولقد تم التعرف على هؤلاء الأطفال من خلال عدة وسائل. فقد تم التعرف على الأطفال الذين قتل أباؤهم من خلال مكتب الشهيد، وتم تحديد الأطفال مفقودي الآباء من خلال اللجنة الوطنية الكويتية لشئون الأسرى والمفقودين. أما الأطفال الذين ألقى القبض عليهم، أو على آبائهم، فقد تم التعرف عليهم من خلال الجمعية الكويتية للدفاع عن ضحايا الحرب. ولقد اتصل الباحث الرئيسي بهذه الهيئات جميعها، فزودت الباحثين بقائمة بأسماء الأطفال، وأسماء مدارسهم، وأعمارهم. واعتمادا على هذه القوائم، صنف الباحثان الأطفال على أساس العمر والجنس، وبعدها تم اختيار عدد محدد من كل عمر وجنس عشوائيا. وقد تطلبت الخطة الأصلية التي استندت على تحليل القوة (Power Analysis) الحصول على 40 طفلا من كل مجموعة، وفي بعض الحالات لم يتم تحقيق هذا الرقم بسبب الافتقار لموافقة الوالدين. وتم كذلك تحديد عينة ضابطة من 39 طفلا (المجموعة الرابعة) متماثلين من حيث العمر والجنس مع المجموعات الثلاث السابقة، بيد أن أطفال هذه العينة لم يعانوا من صدمة شديدة، لأنهم اما كانوا خارج البلاد عند وقوع الأزمة، أو لأن عائلاتهم لم تتعرض لسوء نسبيا. ولقد تم التعرف على هؤلاء الأطفال من خلال مدرسيهم، والاختصاصيين الاجتماعيين في المدارس. وفي كل هذه الحالات قام الباحث الرئيسي بزيارة مدارس هذه المجموعة من الأطفال، وأجري معهم لقاءات قصيرة، للتحقق من عدم تعرضهم لصدمة نفسية مباشرة

وشديدة. ولقد تم تنفيذ هذه الخطة في محاولة لضمان التجانس فى خبرة الأزمة داخل المجموعات، والتباين بين المجموعات المتأثرة والمجموعة الضابطة. وكما لاحظنا في مقدمة هذه الدراسة، أن الإفتقار الى التنافس في خبرة الصدمة، قد يدخل متغيرات خارجية في بيانات الدراسة، وبالتالي يحجب تأثير الغرض الرئيسي لمتغيرات الدراسة.

ويوضح الجدول رقم (1) من الملحق (ب) متوسط أعمار الذكور والإناث في كل مجموعة، وكما هي الغاية من تصميم العينة العشوائية الطبقية، فانه لايوجد اختلافات في العمر بين المجموعات ولا بين الأولاد والبنات.

ادخل الجدول رقم (1) هنا

ولقد أوضحت نتائج الدراسة بأنه كان هناك 51% من الأطفال في البلاد خلال كل أو معظم أوقات الأزمة، وغادر 25% من الأطفال البلاد بعد فترة قصيرة من بداية الأزمة، وكان 24% من الأطفال خارج البلاد طوال فترة الأزمة. ومعظم الأطفال الذين غادروا البلاد كانوا بصحبة أحد الوالدين أو الأقارب، بينما غادر 4% منهم بصحبة أصدقاء العائلة، أو الجيران، أو شخص غريب.

ان أنواع خبرات المعاناة الناتجة عن الصدمة التي تعرض لها هؤلاء الأطفال موضحة بالجدول رقم (2) من الملحق (ب) . وتمثل الأرقام داخل الجدول النسبة المئوية للأطفال الذين تحدثوا عن معاناتهم من أحداث متنوعة. فعلى سبيل المثال، تعرض 9% من هؤلاء الأطفال لأذى مباشر خلال الأزمة، وكان الضرر في بعض الحالات شديدا، وهناك طفل ما زال مقعدا على كرسي متحرك نتيجة للشلل الذي أصابه بسبب رصاصة الجندي العراقي التي أصابته بكتفه. ولقد تعرض 72% من آباء هؤلاء الأطفال للأذى، ويعني هذا بالنسبة لجميع الأطفال في المجموعة الأولى أن الأب قتل، وهناك اثنان من هؤلاء الأطفال قتل شقيقاهما اضافة لأبويهما.

ادخل الجدول رقم (2) هنا

وكان 86% من هؤلاء الأطفال يقومون بأداء فريضة الصلاة خلال الأزمة باعتبار أن ذلك يمثل جزءا هاما من تعاليم الدين الإسلامي، وكان معظمهم أيضا (80%) يقرؤون قصصا خاصة بالاطفال وآيات من القرآن الكريم. كما أن مشاهدة التلفزيون كانت وسيلة أخرى لنسبة (85%) من

الأطفال لقضاء وقت الفراغ. ولعب حوالي (92%) من هؤلاء الأطفال مع أطفال آخرين، أومع أشخاص أكبر سنا منهم. واشتملت هذه الألعاب على ألعاب رياضية، وغير ذلك من الألعاب الأخرى.

وذكرت نسبة صغيرة من الأطفال (10%) أنهم لم يحصلوا على المئونة الكافية خلال الأزمة. وأصيب حوالي (60%) من الأطفال بالمرض، منهم 48% أصيبوا من مرة الى ثلاث مرات، بينما أصيب 12% منهم بالمرض أربع مرات أو أكثر. وكانت أكثر تلك الأمراض شيوعا الصداع، وآلام البطن، والانفلونزا، والحمى، والقيء، ومشاكل في الجهاز التنفسي العلوي. كما دلت النتائج على أن حوالي 75.4% من الأطفال كانوا يبكون خلال الأزمة، ويرجع ذلك لأسباب انفعالية لا جسدية.

عينة الوالدين :

بعد أن تم تحديد عينة الأطفال التي تصلح للمشاركة في هذه الدراسة، اتصل الاختصاصي النفسي بالوالدين. وفي معظم الأحوال كان الوالدان يوافقان على مشاركتهما في الدراسة، ومشاركة طفلهم أيضا، غير أن أحد عشر من أولياء أمور الطلبة لم يكملوا اجراءات الدراسة لأسباب متعددة منها السفر الى الخارج، أو المرض، وغير ذلك من الأسباب. ولذا تضمنت عينة الوالدين 140 شخصا، كان منهم 133 أما و 27 أبا. وكان المشاركون في المجموعتيين الأولى والثانية من الأمهات في معظم الحالات، بينما كان هناك 33 أما، وأربعة آباء في المجموعة الضابطة. وكان متوسط أعمار الأمهات 36.5 سنة بينما كان متوسط أعمار الآباء 41 سنة.

وكان 49% من الوالدين موظفين، ويوضح الجدول رقم (3) من الملحق (ب) المستوى التعليمي للوالدين.

ادخل الجدول رقم (3) هنا

أدوات الدراسة

تم اختبار كل المشاركين في الدراسة بواسطة أخصائيين نفسيين مدربين. وتألفت بطارية التقييم من مقاييس معرفية ووجدانية وفسيولوجية كما هو مفصل فيما يلي :

1– مقياس وكسلر الكويت لذكاء الأطفال.

2 – مؤشر اضطراب رد الفعل الاجهادي لما بعد الصدمة (لكل من الأطفال ووالديهم).

3 – قائمة مظاهر الاكتئاب عند الأطفال.

4 – مقياس القلق الصريح (المعدل) للأطفال.

5 – قائمة بالتشكيات الجسدية – النفسية لدى الأطفال.

6 – اختبار المواءمة الحياتية للأطفال.

7 – مقاييس المساندة الاجتماعية للأطفال وأبائهم.

8 – قائمة السلوك الاجتماعي التكيفي للأطفال.

9 – قائمة الوضع النفسي للأطفال (تطبق على الأباء أو الأمهات).

10 – قائمة بك لمظاهر الاكتئاب للآباء.

11 – قائمة مراجعة الأعراض – 90 – المعدلة للآباء.

12 – استمارة المقابلة المقننة للأزمات للأطفال.

13 – قياس ضغط الدم، وتقييم معدل ضربات القلب خلال تطبيق استمارة المقابلة المقننة للأزمات للأطفال.

14 – إستمارة تحليل البول للأطفال.

مقياس وكسلر الكويت لذكاء الأطفال

قنن هذا المقياس في الكويت من قبل ادارة الخدمة النفسية بوزارة التربية خلال الفترة من 1985 الى 1988 . ويتألف هذا المقياس من اثنى عشر اختبار (عشرة الزامية واثنان اختياريان) كما هو معمول به في مقياس وكسلر الأصلي. وتصنف الاختبارات الاثنى عشرة تحت مقياسين رئيسيين هما : الاختبارات اللفظية والاختبارات العملية. ويتألف المقياس اللفظي من ستة اختبارات فرعية كالآتي : المعلومات، والمتشابهات، والحساب، والمفردات، والفهم، واعادة الأرقام (اختياري). أما المقياس العملي فيتألف من ستة اختبارات فرعية تتضمن : تكميل الصور وترتيب الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء والترميز واختبار فرعي اختياري واحد هو المتاهات.

ويوضح الجدول رقم (4) من الملحق (ب)معاملات الثبات لكل اختبار فرعي. ويتم تحديد نسب الذكاء لكل طفل من خلال الحصول على درجات موزونة لكل من المقياس اللفظي والعلمي والكلي.

مؤشر اضطراب رد الفعل الاجهادي لما بعد الصدمة

تم تعديل هذا المقياس من مقياس دافيدسون ورفاقه للتوتر والاضطراب لما بعد الصدمة (Davidson et al., 1990). ويتألف هذا المقياس من سبعة عشر بندا موزعا على سلم اجابة يتكون من خمس درجات كالآتي :

(0 = الطفل لم يعاني من أي اضطراب خلال الأسبوع الماضي ، 1 = مرة واحدة فقط، 2 = مرتان الى ثلاث مرات، 3 = أربع الى ست مرات، 4 = كل يوم).

وتتراوح الدرجة الكلية لهذا المقياس ما بين درجة صفر و درجة ثمانية وستون درجة، وذلك بتجميع درجات كل بند من البنود السبعة عشر. وتشير بنود هذا المقياس الى ثلاثة أعراض رئيسية حسب دليل التشخيص والاحصاء للاضطرابات العقلية المعدل (DSM -III - R) والذي نشرته جمعية الطب النفسي الأمريكية عام 1987. وهذه الاعراض الثلاث هي : أعراض اعادة تجربة الحدث المؤلم (Re-experiencing Symptoms)، وأعراض الإحجام عن تذكر الحدث أو الخدر (Avoidance or Numbing Symptoms)، وأعراض الاستثارة المتزايدة (Increasing Arousal Symptoms).

وتتضمن أعراض اعادة تجربة الحدث المؤلم كل من : أفكار مقحمة عن الصدمة، والشعور كما لو أن الحدث يتكرر من جديد، وأحلام مزعجة، وتذكر الجوانب الماضية للحدث، وتكرار الشعور بالصدمة، والشعور بالاكتئاب بسبب مثير مرتبط بالحدث المؤلم (مثال : هل تحلم أحلاما مزعجة ومرعبة عن الأزمة ؟، هل تنزعج أو تتضايق عند حدوث شيء ما يذكرك بالأزمة ؟ ... الخ).

ويتضمن أعراض تجنب تذكر الحدث أو الخدر ما يلي : تجنب الأفكار والمشاعر المرتبطة بالحدث، وكل ما يذكر به، وعدم القدرة على تذكر بعض جوانب الحدث، واهتمام متناقص بالنشاطات الهامة، والشعور بالانفصال عن الآخرين أو الابتعاد عنهم، ومدى محدد من المشاعر، والشعور بأن المستقبل بات محدود (مثال : هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي لها علاقة بالأزمة ؟، هل تجد بأنه يصعب عليك أن تتصور بأنك ستعيش فترة طويلة تحقق فيها أهدافك وطموحاتك ؟ ... الخ).

وتتضمن أعراض الاستثارة المتزايدة : صعوبات في النوم، والاستثارة، وصعوبة في التركيز،

ويقظة مفرطة، وتفاعل فسيولوجي مع المثير المرتبط بالحدث المؤلم، (مثال : هل تعاني من صعوبة في النوم أو في الاستغراق في النوم ؟ ، هل تجد صعوبة في التركيز؟ ... الخ) .

لقد تم تجريب مؤشر اضطراب رد الفعل الاجهادي لما بعد الصدمة على عينة من 30 طفلا مع أولياء أمورهم، من أجل تحديد الخواص السيكومترية للمقياس. ويتضمن جدول رقم (4) من الملحق(ب) معامل ثبات المقياس لعينة الدراسة.

قائمة مظاهر الاكتئاب عند الأطفال

ان قائمــــة الاكتئاب عند الاطفال هي عبارة عن أداة للتقرير الذاتي مكونة من 27 بندا (Kovacs & Beck, 1977)، مصممة لقياس الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين. ويتألف كل بند مــن ثلاث خيــارات متدرجــــة في الشدة، ومعطى لها درجات عددية كالآتي : 0 ، 1 ، 2 ، بحيــث تدل العلامـــات الأعلى على مستويـــات اكتئاب عالي. وتتوفر المعلومـــات المعيــارية وبيانـــات عــن الثبـــات حـــول عيـــنة كبيرة من الأطفال الأمريكيين، وتدل هذه المعلومات على أن الدرجة 9 تمثل المتوسط، وأن الدرجة 19 تمثل الحد الأقصى لنسبة 10% من التوزيع (Smucker, Craighead, & Green, 1986). ويوضح جدول رقم (4) من الملحق (ب)معامل الاتساق الداخلي لعينة الدراسة.

مقياس القلق الصريح (المعدل) للأطفال

يمثل هذا المقياس، الذي يحمل عنوانا فرعيا هو « ما أعتقد فيه وأشعر به » ، مقياسا للتقرير الذاتي مكونا من 37 بندا، صمم لتقدير مستوى وطبيعة القلق لدى الأطفال والمراهقين من سن 6 – 19 سنة. ويستجيب الطفل لكل بند إما بالإجابة نعم أو لا. وتدل الاجابة نعم بأن البند يصف مشاعر الطفل أو أفعاله، بينما تدل الاجابة لا بأن البند لايصف الطفل. ويوفر المقياس اربع درجات فرعية، اضافة الى درجة القلق الكلية.

وهذه المقاييس الفرعية كالآتي :

(أ) القلق الفسيولوجي (10 بنود) (Physiological Anxiety)

مثل : « أجد صعوبة في اتخاذ القرارات » ، « أغضب بسهولة » ... الخ.

(ب) القلق والحساسية الزائدة (7 بنود) (Worry / oversensetivity)، مثل : « تنتابني العصبية إذا لم تسير الأمور على ما يرام بالنسبة لي » ، « تجرح مشاعري بسهولة » ... الخ.

(جـ) القلق الاجتماعي والتركيز (7 بنود) (Social Concern / Concentration)، مثل : « يبدو أن الآخرين يستطيعون انجاز الأمور بسهولة أكثر مني » ، « كثير من الناس ضدي » ....الخ.

(د) الكذب (9 بنود) Lie، مثل : « أحب كل شخص أعرفه »، « أنا دائما طيب »، « أنا أقول الحقيقة في كل مرة » ... الخ. ويتم الحصول على درجة القلق الكلية بواسطة تجميع بنود « نعم » لكل من المقاييس الفرعية الثلاثة الأولى.

وقد تم تجريب النسخة الكويتية من هذا المقياس على عينة مكونة من 30 طفلا لتقدير ثباتها. وتم حذف بند واحد من المقياس الفرعي « الكذب »، وذلك بغرض تحسين معامل ثبات المقياس. ويوضح جدول رقم (4) من الملحق (ب) معامل ثبات المقياس لعينة الدراسة.

قائمة بالتشكيات الجسدية – النفسية لدى الأطفال

صممت هذه القائمة من قبل الباحثين، بغرض تحديد عدد المرات التي كان يعاني الطفل فيها من مشكلات جسدية معينة، في فترة ما قبل الأزمة، وفترة الستة أشهر الماضية. ويحدد المقياس مشكلات جسدية مثل الصداع، والأوجاع أو الآلام، والغثيان، ومشكلات في العيون، والطفح الجلدي، وغيرها من المشكلات الجلدية، وآلام المعدة، والتشنجات، والتقيوء، وغيرها.

وتعطي البنود درجات على سلم مكون من ثلاث نقاط (1 = لايوجد، 2 = أحيانا، 3 =غالبا). وقد طلب من الأطفال أن يجيبوا على البنود المتعلقة بحالتهم الصحية، قبل الأزمة فضلا عن البنود المتعلقة بحالتهم بعد الأزمة. ويبين جدول رقم (4) من الملحق (ب) تقديرات معامل الثبات بالنسبة للاستجابات في فترة ما قبل الأزمة، وبعد الأزمة. ولقد تم استخدام هذا المقياس من قبل الباحثين في دراسة سابقة (يابري وهادي – قيد الطبع) وتبين أنها ذات ارتباط بتعرض الطفل للعنف.

مقاييس المساندة الاجتماعية

صممت مقاييس الدعم الاجتماعي بغرض تقييم مدى ادراك الأطفال وآبائهم لحصولهم على الدعم الانفعالي أو المادي خلال الأزمة وبعدها. ولقد تم قياس الدعم الاجتماعي باستخدام ثمانية

بنود للأطفال، وخمسة بنود للآباء. وسجلت الإجابات على سلم مكون من سبع نقاط تتدرج من « أوافق بشدة » الى « لا أوافق بشدة ». وركزت بنود الآباء بدرجة أكبر على الدعم المالي أو المادي في حين تناولت بنود الأطفال على الدعم الانفعالي. ويوضح جدول رقم (4) من الملحق (ب) معاملات ثبات المقياسين.

اختبار المواءمة الحياتية للأطفال

ان اختبار المواءمة الحياتية هو مقياس للتفاؤل المزاجي (Scheier & Carver, 1985, 1992)، ويتألف من ثمانية بنود مقيدة اضافة الى أربعة بنود مفتوحة. فهناك أربعة من البنود المقيدة مصاغة بطريقة ايجابية، مثل : (دائما أتوقع حدوث الأفضل عندما لا أعرف كيف ستسير الامور)، وأربعة أخرى مصاغة بطريقة سلبية، مثل : (أنا أؤمن بالقضاء والقدر). وتتم الاجابة على كل بند في سلم مكون من أربع درجات، يتراوح بين « أوافق بشدة » الى « لا أوافق بشدة ». ولقد تم إجراء العديد من الدراسات والأبحاث، والتي تبين أن اختبار المواءمة الحياتية يتنبأ بالنتائج السلوكية والنفسية للطفل (لمزيد من المعلومات، راجع Scheier & carver,1992). ويوضح جدول رقم (4) من الملحق (ب) معامل ثبات المقياس لعينة الدراسة.

قائمة الوضع النفسي للأطفال

لقد صممت قائمة الوضع النفسي للطفل، بهدف المساعدة في تقدير وتقويم الصعوبات السلوكية، والإنفعالية لدى الأطفال. وهي تتألف من مجموعة من اثنى عشر من المثيرات التي يمكن لولي أمر الطفل أن يستجيب لها، عن طريق التحقق من المشكلات التي تنطبق على الطفل المعني. وتعطى الاجابات درجات وفق سلم مكون من ثلاث نقاط (0 = لايوجد، 1 = أحيانا، 2 = دائما). ويبين جدول رقم (4) من الملحق (ب) معامل ثبات المقياس لعينة الدراسة

قائمة السلوك الاجتماعي التكيفي للأطفال

يمكن أن يستخدم المدرس قائمة السلوك الاجتماعي التكيفي للأطفال والذي يتكون من 30 بندا لتحديد نسبة المشاكل في سلوك الطفل في المدرسة (مثال : يقدم المساعدة للأطفال الآخرين، يحب الانضمام للأطفال الآخرين أثناء اللعب، قلق من عدم اشباعه بما يريد). إن الهدف من استخدام المقياس هو التحقق مما اذا كان المدرسون / المدرسات مدركين لمشاكل الأطفال السلوكية. ويتم

رصد الإجابات وفقا لسلم مكون من ثلاث نقاط (1 = نادرا أو ابدا، 2 = أحيانا، 3 = تقريبا دائما). ويبين جدول رقم (4) من الملحق (ب) معامل ثبات هذا المقياس.

استمارة المقابلة المقننة للأزمات وتقييم ضغط الدم

تم اعداد استمارة المقابلة المقننة للأزمات من قبل الباحثين في دراسة سابقة (أنظر التقرير النهائي لكل من هادي ويابري، 1992)، وذلك لتقييم مستوى تعرض الأطفال للصدمة والعنف. وقد أسهمت المقابلة كمثير للتعرف على رد فعل الأطفال تجاه ذكريات تتعلق بخبراتهم خلال الأزمة. وهذه المقابلة التي استمرت 35 دقيقة، بدأت بسؤال الأطفال بعض الأسئلة العامة حول عادة مشاهدتهم للتلفزيون، ومضت المقابلة بعد ذلك لتسأل الاطفال عما حدث لهم، ولوالديهم، ولأشقائهم، وشقيقاتهم، وأقربائهم الآخرين، وأصدقائهم وهكذا. وتضمنت بنودا حول مدى العنف الذي شاهدوه، وكمية العنف التي شاهدوها في التلفزيون أو من خلال الصور. وتم جمع ستة عشر بندا من بنود المقابلة للتوصل الى مجموع نقاط يحدد مستوى التعرض للصدمة. ويوضح جدول رقم (4) من الملحق (ب)معامل ثبات تلك الدرجة. وتم تطبيق هذه المقابلة، في الوقت الذي جرى فيه تسجيل تقدير ضغط الدم، كما هو موضح أدناه.

اكتئاب الوالدين

جرى تقييم اكتئاب الوالدين من خلال الصورة المترجمة من مقياس بك للاكتئاب. وتتضمن هذه الصورة جميع البنود الموجودة في النسخة الأصلية باستثناء البند الأخير. ومقياس بك للاكتئاب هو عبارة عن مقياس تقرير ذاتي، شائع الاستخدام، لتحديد وجود ومستوى شدة 21 عرضا من أعراض الاكتئاب (Beck & et al., 1961). وقد تمت دراسته باسهاب، وتبين أنه مقياس ثابت، وصادق، لمعرفة مستوى الاكتئاب لدى البالغين. ويتم قياس كل عرض على سلم متدرج من صفر الى ثلاث درجات، حيث يمثل الصفر حالة غياب العرض، وتمثل الدرجات 1 – 3 مستويات متزايدة من الاكتئاب. والحصول على درجة كلية تساوي عشر درجات أو أكثر على مقياس بك للاكتئاب يعتبر عادة بمثابة مؤشر على وجود مستوى اكتئاب ذات دلالة عالية المستوى (Beck, steer, & Garbin, 1988). ولقد تم تقدير معامل ثبات هذا المقياس على عينة الدراسة كما هو موضح في الجدول رقم (4) من الملحق (ب).

قائمة مراجعة الأعراض – 90 – المعدل

صممت قائمة المراجعة، متعددة الأبعاد، ذاتية التقدير، لمسح مجموعة واسعة من المشاكل النفسية، وأعراض الأمراض النفسية. ويقيس هذا المقياس تسعة أعراض رئيسية هي :–

1 – الأعراض الجسمية Somatization

2 – الوسواسي / القهري Obsessive - Compulsive

3 – الجساسية الشخصية Interpersonal Sensitivity

4 – الاكتئاب Depression

5 – القلق Anxiety

6 – العدوان Hostility

7 – قلق الخوف Phobic Anxiety

8 – الهوس التسلطي Paranoid Ideation

9 – الذهانية Psychoticism

وتتكون الصورة الكويتية من قائمة مراجعة الأعراض – 90 – المعدل من 81 بندا. وتقدر الاجابات وفقا لسلم مكون من أربع نقاط (0 يمثل عدم وجود مشكلة على الإطلاق، 1 = قليلا، 2 = أحيانا، 3 = معظم الأوقات، 4 = دائما). ويوضح جدول رقم (4) من الملحق (ب) معامل الاتساق الداخلي لكل من المقاييس الفرعية والمقياس الكلي.

ادخل الجدول رقم (4) هنا

أخذت معظم المقاييس السابقة عن المقاييس الأصلية، وتم تعديلها لتناسب البيئة الكويتية. ولقد تمت الترجمة الى العربية وبالعكس بواسطة الباحث الرئيسي للدراسة ومجموعة من المتخصصين. وتم تقييم البنود لتحديد ملاءمتها ومناسبتها الثقافية. وفي بعض الحالات القليلة حذفت بعض البنود. وأعيد تجريب النموذج المعدل، وتحديد خواصه السيكومترية. وأعيد تقييم البنود ذات الأداء المشكوك

فيه أثناء تجريب المقياس، وجرى في بعض الأحيان تعديلها لتحسين اسهامها في المقياس الكلي.

اجراءات الدراسة

بعد أخذ موافقة أولياء أمور الأطفال، ووزارة التربية، تم الاتصال مع نظار وناظرات المدارس التي تضم الطلاب والطالبات المشاركين في الدراسة. وتم بعد ذلك تحديد موعد لاختبار الأطفال في مدارسهم.

ولقد تم تدريب خمسة عشر أخصائيا نفسيا من وحدة البحوث والتقنين التابعة لإدارة الخدمة النفسية لتطبيق المقاييس. وفي اللقاء الأول، قام الأخصائيون النفسيون بتطبيق المقاييس النفسية على الأطفال وفق نظام محدد. وقاموا أيضا بترتيب موعد لمقابلة أحد والدي كل طفل في المدرسة، لتعبئة نموذج التقييم النفسي الخاص بالأبوين في يوم منفصل.

ولقد شارك أيضا 31 أخصائيا نفسيا في الدراسة، لتطبيق مقياس وكسلر الكويت لذكاء الأطفال. ووضع هؤلاء الأخصائيون ترتيبات معينة مع المدرسة لتطبيق هذا المقياس في اليوم التالي من التقييم النفسي للأطفال. وفي اليوم الأخير لعملية التقييم، تم تطبيق استمارة المقابلة المقننة للأزمات للأطفال بواسطة الباحث الرئيسي وأحد الأخصائيين النفسيين، وتم التنسيق على أساس قياس ضغط الدم، ومعدل ضربات القلب كما هو موضح أدناه.

فكما هو موضح، فانه تم تخصيص ثلاثة أيام لتقييم كل طفل الى جانب تحديد موعد واحد لأحد الأبوين. وجرى جمع البيانات في الفترة الزمنية من فبراير الى يونيو 1993، أي بعد عامين من انتهاء الأزمة

قياس ضغط الدم وتقييم معدل ضربات القلب

لقد تم اتباع الخطوات التالية في قياس ضغط الدم ومعدل ضربات القلب :-

1 – جلس كل طفل بشكل مريح، على كرسي بجانب جهاز مراقبة ضغط الدم ومواجها للشخص الذي سيجري المقابلة (الباحث).

2 – قام الباحث بتطويق طرف ردن قياس ضغط الدم حول الذراع الأيمن للطفل.

3- أبلغ الطفل بالهدف من الدراسة، وأنه عند تشغيل الجهاز سينتفخ طرف الردن بالهواء تلقائيا، في كل مرة يتم فيها قياس الضغط، ضاغطا حول ذراعه و أن الجهاز سيصدر بعض الأصوات ولكنه لن يسبب أي أذى. وتم في هذه المرحلة إعطاء التعليمات للطفل، والإجابة على أي سؤال لديه.

4 - وبعد الاجابة على جميع الاسئلة، طلب من الطفل أن يرتاح لمدة عشرين دقيقة، وتم تشغيل جهاز الضغط ليأخذ قراءات آلية كل دقيقتين. واستخدمت آخر خمس قراءات خلال فترة الراحة كأساس للتقييم (وتسمى هذه القراءات بقراءة قاعدية).

5 - وبعد انتهاء فترة الراحة، جرت المقابلة مع الطفل في الوقت الذي كان فيه جهاز ضغط الدم يسجل القراءات كل دقيقتين. وكانت الأسئلة الستة الأولى أسئلة عامة، تتعلق بعادة الطفل في مشاهدة التلفزيون، أما الأسئلة الباقية فكانت تتعلق بتجارب الطفل، ومشاعره خلال الأزمة.

ولقد تم اجراء ثلاثة تقييمات خلال فترة الأسئلة العامة. واختلفت الفترة الزمنية الخاصة بالأزمة من المقابلة من طفل لآخر، لكن الرقم الأعلى من القراءات التي تم أخذها كانت عشرة قراءات. واستخدم في هذه الاجراءات جهاز ديناماب الآلي لقياس الضغط (طراز 1846 /اس اكس)، (Dinamap Blood Pressure Monitor, Model 1846/SX).

تقييم الادرينالين، واللاأدرينالين، والكورتزول في عينات البول

لقد تم جمع عينات البول على مدار اثنى عشرة ساعة خلال الليل بغرض تحليل مستوى الكورتزول والأدرينالين واللاأدرينالين الغير متلازم مع المستويات المختلفة من الأنشطة والاضطرابات التي يتعرض لها الطفل أثناء النهار، وزيادة على ذلك، فان جمع هذه العينات خلال فترة الليل يسمح لنا بالحصول على إجراءات مقننة بين جميع الأطفال. فلقد افترض بأن الاجهاد أو الانعصاب المتبقي من خبرات الغزو والحرب يؤثر على فاعلية النوم (كالكوابيس .. الخ)، وبالتالي يمكن قياسه من خلال تحليل مستوى الادرينالين واللاأدرينالين والكورتزول في البول، ولقد تم ابلاغ جميع الأطفال بالتوقف عن تناول المنبهات، مثل القهوة والشاي والمرطبات بعد اليوم المدرسي في اليوم الذي سيتم فيه جمع عينات من البول. كما تم أيضا إبلاغهم بالتوقف عن تناول كميات من الأدوية التي تحتوي على مضادات حيوية، الا في الحالات القسوى التي تتطلب تناولها، فبالتالي لابد من الافادة عن نوعية هذه المضادات. وكما أنه تم تحفيزهم بالتوقف عن ممارسة كافة

الأعمال، والحركات، والألعاب المجهدة بالجسم، بعد تناول وجبة العشاء في نفس الليلة التي سيتم فيها جمع عينات من البول. ولقد تم تسليم جميع الأطفال وعاء مدرج، لأخذها الى المنزل بغرض جمع عينات من البول في الوعاء المخصص له. ولقد تم الصاق ملصق على الوعاء محتويا على اسم الطالب، وحجم كمية البول، وآخر وقت للتبول قبل النوم، والوقت الذي تم فيه التبول صباحا. ولقد طلب من آباء الأطفال بتسجيل آخر وقت تم فيه التبول قبل الذهاب الى النوم، وتسجيل الوقت وحجم البول في فترة الصباح عند التبول، ووضعها في الوعاء المخصص له، ثم تغليفها بورق القصدير (السوليفان)، مع الاحتفاظ بها في البراد لحين توصيلها الى المدرسة. وتسلم بعد ذلك فني من المختبر البراد الذي يحتوي على الوعاء، وتم توصيلها الى المختبر. وفي نفس الوقت أجاب الأطفال على مجموعة من الأسئلة التي وجهت اليهم ذات الاهتمام بأسلوب نومهم في الليلة التي تم فيها جمع عينات من البول. وهذه الأسئلة كالتالي :

1 – هل واجهتك صعوبة في الاستغراق في النوم ؟

2 – هل استيقظت من النوم ؟

3 – هل حلمت أحلاما مزعجة ؟

4 – هل حلمت أحلاما سعيدة ؟

5 – هل تناولت أي نوع من الأدوية الموصوفة من قبل الطبيب ؟

6 – اذا تناولت نوعا معينا من الأدوية، فما هي ؟

وفي المختبر، تم سكب 30 مليلتر من البول في 50 مليلتر من الاناء المعقم، مع اضافة ست نقاط من حمض الهيدروليك العادي (HCL)، وذلك لحفظ البول من الفساد، ثم وضع ملصق على هذا الأناء محتويا بعض المعلومات المناسبة لاستخدامها لاحقا في تحليل الادرينالين واللاأدرينالين. وفي وعاء 20 مليلتر آخر، تم سكب 10 مليلتر من البول فيه، دون اضافة أي محاليل كيماوية، وذلك لاستخدامها في تحليل الكورتزول. وبعدها تم تغليف الانائين بمادة القصدير، وتجميدها، ووضعها ببراد من الثلج الجاف، وشحنها الى مختبر سايتيشان الطبي في مدينة ساوث فيلد بولاية ميتشغن الأمريكية لتحليلها.

نتائج الدراسة

الأطفال : المتغيرات النفسية

لقد تم التأكد من صدق تصنيف المجموعتين الى مجموعة الصدمة والمجموعة الضابطة من خلال مقارنة الدرجة الكلية لبنود استمارة المقابلة المقننة للأزمات المتعلقة بالتعرض المباشر وغير المباشر للعنف. وعلى الرغم من عدم وجود فروقات بين الجنس أو التفاعل على هذا المتغير، الا أنه كان هناك فروق ذات دلالة بين المجموعتين [F (1 & 105) = 74.60, P < .001] . ومن أصل الدرجة الكلية على استمارة المقابلة المقننة للأزمات والتي تساوي 16 درجة، كان متوسط مجموعة الصدمة يساوي 7.5 (ع = 2.0) ، في حين بلغ متوسط المجموعة الضابطة 3.85 (ع = 1.6) .

ولقد أجريت مقارنات بين المجموعات التي تم اختيار عيناتها من أنماط محددة من الصدمة وبين المجموعة الضابطة فيما يتعلق بالجوانب النفسية. ولقد تم تحليل البيانات في البداية على أساس التجربة العاملية 2x2(Factorial experiment) حيث تكون العاملان كلا من المجموعة والجنس. وأظهرت النتائج تفاعلات ذات دلالة بين متغيري الجنس والمجموعة على مؤشر اضطراب توتر ما بعد الصدمة (PTSD) [F (1 & 147) = 4.77, P = .03]، ونتج هذا التفاعل من أن أولاد مجموعة الصدمة يمتلكون درجات أعلى من أولاد المجموعة الضابطة على مؤشر اضطراب توتر ما بعد الصدمة، في حين لم يكن الفرق كبيرا بين البنات. والجدول رقم (5) من الملحق (ب) يوضح المتوسطات والإنحرافات المعيارية لكل من المجموعتين على مؤشر اضطراب توتر ما بعد الصدمة. وكان هناك أيضا فروق ذات دلالة بين المجموعتين [F (1 & 147) = 11.72, P = .001] . وكما هو متوقع فان مجموعة الصدمة عانت من اضطراب توتر ما بعد الصدمة اكثر بكثير مما عانته المجموعة الضابطة. وهذا ينطبق على كل من الأولاد والبنات، ولكن كما يتضح من التفاعل، فان الفارق بالنسبة للأولاد أكبر بكثير من الفارق بالنسبة للبنات.

ادخل الجدول رقم (5) هنا

ولكي نحصل على فهم أفضل للتفاعل بين الجنس والمجموعة على مؤشر اضطراب توتر ما بعد

الصدمة، فانه أجريت مقارنات بين الأولاد والبنات في مجموعة الصدمة على بنود هذا المقياس على حده. وقد ضمنت هذه البنود مع متوسطات الدرجات لكل من الأولاد والبنات في الملحق (أ). فان البنود التي كانت فيها درجات الأولاد في مجموعة الصدمة أعلى من درجات البنات ترتبط بمجال أعراض رد الفعل الاجهادي لما بعد الصدمة كالتالي: أعراض تكرار تجربة الحدث المؤلم وأعراض التجنب والخدر.

ودلت النتائج أيضا على وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين بالنسبة للاكتئاب [F (1 &147) = 11.82, P = .001]، فلقد عانى كل من الأولاد والبنات في مجموعة الصدمة من مستويات أعلى من الاكتئاب مقارنة بالمجموعة الضابطة. وعلى الرغم من عدم وجود فروق ذات دلالة للتفاعل بين الجنس والمجموعة، إلا ان نمط الفروق في المتوسطات على مقياس الاكتئاب كان مماثلا لنمطها في مؤشر اضطراب توتر ما بعد الصدمة. ويوضح الجدول رقم (6) من الملحق (ب) كلا من المتوسطات والانحرافات المعيارية لاكتئاب المجموعتين حسب الجنس، وكان معامل الارتباط بين الاكتئاب ومؤشر اضطراب توتر ما بعد الصدمة مساويا .45 (P< .001).

ادخل الجدول رقم (6) هنا

وبالنسبة لدرجات القلق الكلية، لوحظ وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين [F (1 &144) = 7.71, P = .006] ، حيث أظهرت مجموعة الصدمة مستويات أعلى من القلق مما أظهرته المجموعة الضابطة ، ولم نجد أي فروق ذات دلالة ترجع الى الجنس (ذكور واناث)، أو للتفاعل بين الجنس والمجموعة. ويوضح جدول رقم (7) من الملحق (ب) المتوسطات والانحرافات المعيارية لمقاييس القلق. ولقد بلغ معامل الارتباط بين القلق الكلي وكل من مؤشر اضطراب توتر ما بعد الصدمة والاكتئاب (.51) و (.67) على التوالي. وتمت ملاحظة نفس نمط الدلالات الإحصائية بين المجموعتين على المقاييس الفرعية للقلق كالتالي :

القلق والحساسية الزائدة [F (1 &144)= 4.58, P= .034] ، والقلق الاجتماعي والتركيز [F (1 & 144) = 9.67, P = .002]، والكذب [F (1 & 144) = 12.94, P < .001]. ولقد اقترب المقياس الفرعي للقلق السيكولوجي من الدلالة الإحصائية ولكنه لم يصل اليه [F (1 & 144) = 3.85, P = .052]، وتم أيضا ملاحظة فروق ذات دلالة احصائية بين

الجنس على المقياس الفرعي للقلق والحساسية الزائدة [F (1 & 144) = 5.05, P = .026] ، حيث أظهرت البنات مستويات من القلق أعلى مما أظهره الأولاد.

ادخل الجدول رقم (7) هنا

وفيما يتعلق باختبار المواءمة الحياتية والذي يقيس التفاؤل، لم تكن هناك فروق دالة بين المجموعتين، كما لم يكن هناك تفاعل دال بين المجموعة والجنس. ولكن كانت هناك فروق ذات دلالة بين الجنس [F (1 & 147) = 4.53, P = .035] ، حيث أفادت البنات في كل من المجموعتين عن مستويات من التفاؤل أعلى من الأولاد. ويوضح جدول رقم (8) من الملحق (ب) المتوسطات والانحرافات المعيارية. ولقد كانت هناك علاقة عكسية ذات دلالة بين اختبار المواءمة الحياتية والاكتئاب (ر= -.26) وبين اختبار المواءمة الحياتية والقلق (ر = -.15)، ولكن لم تكن هناك علاقة دالة إحصائيا بين اختبار المواءمة الحياتية ومؤشر اضطراب توتر ما بعد الصدمة.

ادخل الجدول رقم (8) هنا

وفيما يتعلق بالدعم الانفعالي الاجتماعي الذي أدركه هؤلاء الأطفال لم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين ولا للتفاعل. فمن جهة أخرى كان هناك دلالة احصائية بين الجنس [F (1 & 143) = 13.36, P < .001] ، حيث أفادت البنات في كل من المجموعتين عن تلقيهن لمستويات من الدعم أعلى مما تلقاه الأولاد. ويوضح الجدول رقم (9) من الملحق (ب) المتوسطات والانحرافات المعيارية. ولقد كان الدعم الاجتماعي مرتبطا ارتباطا إيجابيا مع التفاؤل (ر = .25)، وسلبيا مع كل من القلق (ر = -.37) ، والاكتئاب (ر = -.50) ، والى حد أقل مع مؤشر اضطراب توتر ما بعد الصدمة (ر = -.19) .

ادخل الجدول رقم (9) هنا

كما تم استخدام مقياس الدعم الاجتماعي الخاص بالأطفال لتقسيم عينة الدراسة عند قيمة الوسيط الى مجموعتين فرعيتين إحداهما ذات دعم اجتماعي عالي والثانية ذات دعم اجتماعي منخفض. ولقد تم تحليل مقياس اضطراب توتر ما بعد الصدمة مرة أخرى باستخدام تحليل

التباين الثلاثي 2 x 2 x 2 ، والجدول رقم (9) من الملحق (ب) يوضح المتوسطات المرتبطة بهذا التحليل. ولقد كشف التحليل عن وجود دلالة احصائية هامشية للتفاعل بين المجموعة والجنس والدعم الاجتماعي [F (1 & 143) = 3.48, P = .064] . ورغم صغر حجم العينة لكل خلية في هذا التحليل، وانخفاض قيمة القوة الاحصائية الناتجة عن هذا التصنيف، الا أنه تبين لنا ضرورة تفسير التفاعل الثلاثي رغم وضعه الهامشي. وعند اختبار هذا التفاعل، أظهرت النتائج فروقا ذات دلالة احصائية على مؤشر اضطراب توتر ما بعد الصدمة بين البنات اللاتي يتمتعن بدعم اجتماعي عالي واللاتي يتمتعن بدعم اجتماعي منخفض في مجموعة الصدمة، ويبدو أن البنات اللواتي أفدن عن مستويات عالية من المساندة الاجتماعية يعانين أقل من اضطراب توتر ما بعد الصدمة مقارنة بالمجموعة الضابطة.

الأطفال : الملاحظات السلوكية

تم تقدير سلوك الأطفال من قبل كل من مدرسيهم وآبائهم. ولقد دلت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية للتفاعل بين المجموعة والجنس فيما يتعلق بتقدير المدرسين للسلوك التكيفي عند الأطفال [F (1 & 104) = 5.41, P = .022] . وكان التفاعل واضحا من خلال الفرق بين الأولاد والبنات في المجموعة الضابطة، ولكن لم يكن هناك فرق بين الجنسين في مجموعة الصدمة، ولقد أبدت البنات تكيفا سلوكيا أكثر من الأولاد في المجموعة الضابطة. وتظهر وجهة النظر البديلة لهذا التفاعل أن البنات في المجموعة الضابطة أبدين سلوكا تكيفيا أكثر مقارنة مع مجموعة الصدمة. ومن ناحية أخرى كان الأولاد في مجموعة الصدمة أكثر تكيفا في سلوكهم من الأولاد في المجموعة الضابطة. ويتضمن الجدول رقم (10)من الملحق (ب) كلا من المتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعتين. ولم تدل النتائج عن وجود أى علاقة بين تقدير المدرسين للسلوك الاجتماعي التكيفي عند الأطفال وكل من اكتئاب وقلق وتوتر الأطفال.

ادخل الجدول رقم (10) هنا

وعندما تم تحليل تقدير الآباء لسلوك الأطفال كدالة لكل من المجموعة والجنس، فان النتائج أظهرت فروقا ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين [F (1 &105) = 8.54, P = .004] ، ولم

تظهر أى دلالة للتفاعل أو الجنس. ويتضمن الجدول رقم (11) من الملحق (ب) كلا من المتوسطات والانحرافات المعيارية. وتعني هذه المتوسطات أن آباء الأطفال في مجموعة الصدمة قد قدروا أطفالهم بأنهم غالبا ما يكشفون عن مشاكل سلوكية مقارنة مع آباء المجموعة الضابطة، وينطبق هذا النمط على الأولاد والبنات. ولقد كشفت النتائج أيضا عن وجود علاقة معتدلة بين ادراك كل من الآباء والمدرسين لسلوك الأطفال (ر= 28.-)، ولم تكشف عن وجود أي علاقة مع اضطراب توتر ما بعد الصدمة لدى الأطفال، بيد أن تقدير الآباء كان ذا علاقة مع كل من : تعرض الأطفال للصدمة (34.)، واضطراب توتر ما بعد الصدمة للآباء (45.)، وقائمة مراجعة الأعراض المعدلة للآباء (55.)، واكتئابهم (47.).

ادخل الجدول رقم (11) هنا

الأطفال : الأعراض الجسدية

تم تحليل تقدير الأطفال للأعراض الجسدية التي كانوا يشكون منها قبل وبعد الأزمة كتصميم عاملي منقسم (Split-plot Factorial design) باعتبار المجموعة مصدر التباين بين الأفراد والفترة الزمنية كعامل متكرر. ودلت النتائج على اقتراب التفاعل بين المجموعة والفترة الزمنية من الدلالة الاحصائية ولكن لم يصل اليها [F (1 & 149) = 2.63, P = .107]، وأشارت النتائج أيضا الى وجود فروق ذات دلالة لكل من المجموعة [F (1 & 149) = 9.81, P = 002] والفترة الزمنية [F (1 & 149) = 6.99, P = .009]. وان المتوسطات الموضحة بالجدول رقم (12) من الملحق (ب) تشير الى أن الأطفال في مجموعة الصدمة أفادوا عن أعراض جسدية أكثر بالمقارنة مع الأطفال في المجموعة الضابطة. كما تم الافادة عن عدد أكبر من الأعراض الجسدية بعد الأزمة مقارنة مع تلك التي تم الافادة عنها قبل الأزمة.

ادخل الجدول رقم (12) هنا

الأطفال : ضغط الدم ومعدل ضربات القلب

تم تحليل بيانات ضغط الدم ومعدل ضربات القلب كتصميم عاملي منقسم (Split-plot Factorial design) مع تحليل التباين متعدد المتغيرات

(Multivariate Analysis of Variance) . وتمثل مصدر التباين بين المجموعات كلا من مجموعتي الصدمة والضابطة والجنس، في حين مثلت الفترة الزمنية مصدر التباين داخل المجموعات (أي المقاييس المتكررة) على ثلاث مستويات وتمثل خط القاعدة المستوى الأول لهذه الفترة، حيث تم استخدام متوسط القراءات الخمس الأخيرة خلال فترة الراحة والتي قدرت بعشرين دقيقة. أما في المستوى الثانى فانه تم رصد متوسط الثلاث قراءات خلال مقابلة الأطفال وسؤالهم حول عادتهم في مشاهدة التلفزيون. ولقد استخدمنا هذه الفترة لضبط الزيادة المتوقعة في ضغط الدم ومعدل ضربات القلب التي يمكن أن تنتج عند البدء في التحدث. واستند المستوى الثالث على متوسط أعلى ثلاث قراءات أخذت خلال المقابلة الخاصة بخبرات الطفل أثناء الأزمة. ولقد تم استخدام نفس التصميم في دراستنا السابقة، وأظهرت النتائج زيادة شاملة في ضغط الدم ومعدل ضربات القلب كنتيجة للمقابلة مقارنة بما هو متوقع عند البدء بالتحدث عن مواضيع عامة لا علاقة لها بالأزمة. ولقد استند الأسلوب متعدد المتغيرات (Multivariate) لهذا التحليل على استخدام كل من ضغط الدم الانقباضي، وضغط الدم الانبساطي، ومعدل ضربات القلب كمتغيرات تابعة.

ولقد دلت النتائج على أن التفاعل الثلاثي لم يكن دالا، ولكن اقترب التفاعل بين الجنس والفترة الزمنية [F (6 & 468) = 1.84, P = .09]، والتفاعل بين المجموعة والفترة الزمنية [F (6 & 468) = 1.86, P = .086] من الدلالة الاحصائية متعددة المتغيرات. وعند فحص المتغيرات بمفردها فانه لوحظ فروق ذات دلالة بين الجنس والفترة الزمنية لكل من ضغط الدم الانقباضي [F (2 & 236) = 4.25, P = .015]، وضغط الدم الانبساطي [F (2 & 236) = 3.19, P = .043] . وتصف الأشكال (1) و (2) من الملحق (جـ) هذه التفاعلات، ويوضح الجدول رقم (13) من الملحق (ب) المتوسطات والانحرافات المعيارية، وتشير هذه المتوسطات الى أن رد فعل ضغط الدم للمقابلة الخاصة بالأزمة كان أعلى عند البنات مقارنة بالأولاد. فلقد لوحظت فروق ذات دلالة للتفاعل بين المجموعة والفترة الزمنية لمعدل ضربات القلب [F (2 & 236) = 3.54, P = .031]، ويمكن ملاحظة هذا التفاعل في الشكل رقم (3) من الملحق (جـ) ، وقد نتج هذا الأثر من زيادة في معدل ضربات القلب لمجموعة الصدمة مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما هو موضح من المتوسطات بالجدول رقم (13) من الملحق (ب) . ولم تشير النتائج الى وجود دلالة احصائية للتفاعل بين المجموعة والجنس، ولكن كان هناك دلالة متعددة المتغيرات بالنسبة للجنس [F (3 & 116) = 6.93, P = .013]، والذي نتج عن وجود فروق

في ضـــغط الــدم الانقبـــاضي [F (1 & 118) = 7.25, P = .008] ، ومعـــدل ضربات القلب [F (1 & 118) = 6.93, P = .010] . وبصــورة عامـــة، دلت نتائج هذه الدراســة على أن البنات كشــفن عــن مستويات أعلى من ضغـــط الــدم الانقبـــاضي ومعـــدل ضربـــات القلب مقارنـة بالأولاد. لقـد كـان التأثيـر الأقـوى متمثـلا في فــروق دالـــة بالنسبة للفترة الزمنية [F (6 & 468) = 45.72, P < .001] ، وكان هذا واضحا في المقاييس الثلاث لأوعية شرايــين القلب، حيث كانت قيمة النسبة الفائية للمقاييس الثلاث (236 & 2) دالة عند المستوى (P < .001) وموضحا بالقيم التالية : (82.91) لضغط الدم الانقبـاضي، و (143.85) لضغط الدم الانبساطي، و (54.64) لمعدل ضربات القلب.

وتشير المتوسطات في الجدول رقم (13)من الملحق (ب) الى زيادة منتظمة في رد فعل أوعية شرايين القلب عن مستوى خط القاعدة الى مستوى التحدث حول مواضيع عامة، وزيادة ملحوظة من مستوى التحدث حول مواضيع عامة الى مستوى التحدث حول خبرات الأزمة. وفي مجموعها، تقترح نتائج هذه الدراسة أن رد فعل أوعية شرايين القلب عند استرجاع الأطفال لخبراتهم المؤلمة خلال الأزمة تزيد من ضغط الدم الانقباضي، وضغط الدم الانبساطي عند البنات، في حين يرتفع معدل ضربات القلب لأطفال مجموعة الصدمة.

ادخل الجدول رقم (13) هنا

الأطفال : تحليل الأدرينالين، واللاأدرينالين والكورتزول لعينات البول

اعتمدت تحليلات بيانات البول على عينة قوامها 79 طفلا وطفلة، وتعتبر هذه العينة صغيرة، لأن جميع الأطفال وآبائهم لم يكونوا راغبين بالمشاركة باجراءات جمع عينة من البول. وتم أيضا حذف درجات أربعة حالات من الأطفال وذلك لتطرفها الشديد عن المركز مقارنة بالدرجات الأخرى. وتشير المتوسطات الموضحة في الجدول رقم (14) من الملحق (ب) على مستويات أعلى للقيم (الأدرينالين، واللاأدرينالين، والكورتزول) لأطفـــال مجموعة الصدمة مقارنة بالمجموعة الضابطـــة، في حين أن الفروق اقتربت من الدلالة الاحصائية فقط للاأدرينالين (Norepinephrine) [F (1 & 77) = 3.44, P = .067] . ويشير الارتفاع النسبي في قيمة اللاأدرينالين لمجموعة الصدمة الى الافراط الكبير في الجهاز العصبي السمبثاوي نتيجة للاضطراب النفسـي. كمـا أوضحـت النـتائج وجــود علاقة دالة بين اللاأدرينالين وكـل من : الاكتـئاب

(ر = 27.)، والقـــلق (ر = 21.)، وضغط الدم الأنقباضي أثناء فترة الراحة (ر = 36.). وتدعم العلاقة بين ضغط الدم الانقباضي أثناء فترة الراحة واللاأدرينالين صدق مقياس عينة البول.

ادخل الجدول رقم (14) هنا

الأطفال: مقاييس الذكاء

تم اجراء مقارنات بين الدرجة الكلية والدرجات الفرعية لمقياس وكسلر الكويت لذكاء الأطفال باستخدام تحليل التباين العاملي للمجموعة مع الجنس (Factorial Analysis of Variance). وأشارت النتائج بصورة عامة الى تكافؤ المجموعات الأربعة من حيث القدرة العقلية من خلال عدم وجود فروق ذات دلالة بين مجموعة الصدمة والمجموعة الضابطة وبين الأولاد والبنات على كل من الدرجات الكلية، واللفظية، والعملية ($P's > .15$)، ويوضح الجدول رقم (15) من الملحق (ب) المتوسطات والانحرافات المعيارية.

ادخل الجدول رقم (15) هنا

رغم الافتقار الى وجود فروق في الدرجات الكلية بين المجموعتين فانه تم لاحقا اجراء تحليلات اضافية للمقاييس الفرعية. ولقد أثمرت التحليلات العامة لمقياس وكسلر لذكاء الأطفال المعدل (Kaufman, 1977) ومقياس وكسلر الكويت لذكاء الأطفال (Hadi,1988) عن وجـــود ثلاثـــة عوامـل كالآتي :

القدرة اللفظية (Verbal Ability)، والتنظيم الادراكي (Perceptual Organization)، والتحرر من صرف الانتباه والتشتت (Freedom from Distractibility)، ويتأثر العامل الأخير بالتذكـر والتركـيز. ولقـد تم الافـتراض بأن الأطفـال الذين عانوا من صدمة نفسية شديدة سوف يختلفـون عن أقرانهـم في المجموعة الضابطة على المقاييس الفرعية التي تشكل هذا العامل. وتتضمن هذه المقاييس الفرعية كلا من : الحساب، واعادة الأرقام، والترمـيز. ولـقـد أشـارت النتـائج الى وجـود فـروق دالـة بين المجمـوعتين على المقياس الفرعي للحساب [$F(1 \& 145) = 4.17, P = .043$]، حيث سجلت مجموعة الصدمة درجات أقل من نظيرها في المجموعة الضابطة، بيد أنه لم تظهر الاختلافات المتوقعة في المقياسين الفرعيين الآخرين. وكان التأثير الوحيد الدال احصائيا في هذه المقاييس الثلاثة يتمثل في تأثير الجنس على المقياس الفرعي الترميز [$F(1 \& 140) = 4.12, P = .044$]، حيث سجل الأولاد في كل من المجموعتين درجات

أقل من البنات. ويوضح الجدول رقم (16) من الملحق (ب) المتوسطات والانحرافات المعيارية لمقاييس التحرر من التشتت.

ادخل الجدول رقم (16) هنا

لم تسجل مجموعة الصدمة درجات عالية على المقاييس الفرعية الأخرى كالمجموعة الضابطة. وتمثلت هذه المقاييس في : ترتيب الصور [F (1 & 143) = 12.35, P = .001]، ورسوم المكعبات [F (1 & 145) = 8.29, P = .005]، والمتاهات [F (1 & 145) = 9.58, P = .002]. ولم يكن هناك أي فروق ترجع للجنس، ولم يكن هناك تفاعل على هذه المقاييس. والجدول رقم (17) من الملحق (ب) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية .

ادخل الجدول رقم (17) هنا

كما لوحظ وجود فروق دالة للتفاعل بين الجنس و المجموعة على المقياسين الفرعيين : المفردات [F (1 & 145) = 5.72, P = .018]، وترتيب الصور [F (1 & 143) = 5.20, P = .024]. وكما تشير المتوسطات في الجدول رقم (18) من الملحق (ب) فان التفاعلات ناتجة عن أن الأولاد حصلوا على درجات أقل من البنات في مجموعة الصدمة، بينما تفوق الأولاد على البنات في المجموعة الضابطة.

ادخل الجدول رقم (18) هنا

أما بالنسبة للإختبارات الفرعية الأخرى : المعلومات، والمتشابهات، والفهم، وتجميع الأشياء فانه لم تظهر تأثيرات دالة بالنسبة للمجموعة والجنس، أو تفاعلاتها. ويوضح الجدول رقم (19)من الملحق (ب) هذه المتوسطات والانحرافات المعيارية.

ادخل الجدول رقم (19) هنا

ان المقاييس الفرعية الأربعة التي أظهرت فروقا دالة بين مجموعة الصدمة والمجموعة الضابطة، والتي كانت ذات علاقة دالة احصائيا أيضا مع مؤشر اضطراب توتر ما بعد الصدمة للأطفال هي : الحساب، وترتيب الصور، ورسوم المكعبات، والمتاهات. وكانت قيم معاملات الارتبــاط بين هذه المقاييس الفرعية ومؤشر اضطراب توتر ما بعد الصدمة كالآتي : (23.-) ، (17.-) ، (19.-) ، (21.-) .

الوالدين : المقاييس النفسية

أجــريت مقارنــات ما بــين آباء مجموعــة الصدمــة وآبــاء المجموعــة الضابطة على المتغيــرات النفسيــة. ولم يتضمــن التصمــيم مقارنات في متغــير الجــنس بسبب احتــواء عيــنة الوالدين على عدد ضئيل من الآباء الذكور. ولقد أشارت النتائج الى وجود فروق دالة بين مجموعتي الآباء على مؤشر اضطراب توتر ما بعد الصدمة [F (1 & 129) = 9.41, P = .003]، وعلى الدرجة الكلية لقائمة مراجعة الاعراض –90– المعدلة [F (1 & 129) = 7.23, P = .008]، وعلى قائمة بيك للاكتئاب [F (1 & 129) = 11.92, P = .001] .

وكما تدل المتوسطات الواردة في الجدول رقم 20 الى 22 من الملحق (ب) ، فلقد تعرض الآباء في مجموعة الصدمة بشكل واضح الى مستويات أعلى من اضطراب توتر ما بعد الصدمة، وبدوا أكثر اكتئابا، وعانوا من اضطراب نفسي أكبر بالمقارنة مع آباء المجموعة الضابطة. ولقد نجم الفرق في الاضطراب النفسي العام من الفروق في جميع المقاييس الفرعية لقائمة مراجعة الأعراض –90 – المعدلة باستثناء تلك المقاييس التي تقيس الهوس التسلطي (Paranoid Ideation) والخوف (Phobia) . ولم يكــن هنــاك فروق دالــة بــين مجموعتــي الآباء في ادراكهما للدعم الاجتماعي [F (1 & 129) = 2.30, P = .131] . ويوضح الجدول رقم (23) من الملحق (ب) المتوسطات والانحرافات المعيارية للدعم الاجتماعي. ومما يثير الاهتمام، أن مقياس الدعم الاجتماعي للآباء، والذي يعتبر في الأساس دعما ماديا، لم يرتبط بمقياس الدعم الانفعالي للأطفال.

ادخل الجدول رقم (20 - 23) هنا

المناقشة والخلاصة والتوصيات

تظهر نتائج هذه الدراسة، أنه بعد سنتين من إنتهاء أزمة الخليج، فإن الأطفال الذين تعرضوا لصدمة حادة وكذلك آبائهم، مازالوا يكشفون عن مستويات من القلق النفسي تزيد على ما نجده في المجموعة الضابطة. وهذا ليس مستغربا لأن الكثيرين من هؤلاء الأطفال قتل آباؤهم، وبعضهم لا يزال يجهل مصير آبائهم الذين ما زالوا في عداد المفقودين. وفي كثير من هذه الحالات جرى اعتقال الأب أمام عيني الطفل، وبهذا يعتبر الخوف على حياتهم وفجيعتهم الشخصية عوامل توتر بالغة القوة بالنسبة لهؤلاء الأطفال وعائلاتهم. وتتفق هذه النتائج مع النتائج المستخلصة من دراسات أخرى عن تأثير الكوارث على البالغين والأطفال، وتشير أيضا الى عمومية الآثار النفسية للصدمة بغض النظر عن السن والثقافة كما تبينه هذه الدراسة.

لقد سعت خطة المعاينة لهذه الدراسة الى أن تشتمل على عينة من الأطفال الذين تعرضوا لصدمة حادة نتيجة أن أحد أفراد الأسرة، وهو الأب، قد تعرض إما للقتل أو أنه لايزال مفقودا، أو لأن الطفل والأب أو أحدهما أعتقل وعذب على أيدي الجنود العراقيين. وتنقسم أنواع الخبرات التي تعرض لها هؤلاء الأطفال (أنظر الجدول رقم 2 من الملحق ب) الى نمطين رئيسيين تصفهما مقصود ونذر (1993) بأنهما المشاركة الفعالة والفجيعة، ويعتقد أنهما مرتبطين ارتباطا متينا بمستويات عالية من الأعراض المرضية (ص 44). ومن جهة أخرى لم تتعرض المجموعة الضابطة لفجيعة شخصية قاسية أو للعنف بشكل مباشر على الرغم من تماثل السن والخصائص الديمغرافية الأخرى. وكان تعرضها بشكل غير مباشر من خلال الأقرباء أو المعارف الذين اعتقلوا، أو من خلال مشاهدة العنف في وسائل الاعلام. ولقد تساوت أعداد الأولاد والبنات داخل هذه المجموعات. وعندما جرت مقارنة بين هذه المجموعات على مقياس مستوى التعرض للصدمة، والذي تم الحصول عليه خلال المقابلة المقننة (Structured Interview)، ظهرت فروق ذات دلالة بين المجموعتين ولكن لم تظهر فروق بين الجنسين، وبذلك تحقق هدف تصميم العينة وهو : أنه ضمن المجموعتين المختلفتين فان الأطفال لديهم خبرات متماثلة بغض النظر عن الجنس.

ولاتتفق نتائج هذه الدراسة من حيث انعدام الفروق العامة بين الجنس على مؤشر اضطراب توتر ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق التي نجدها في هذه العينة من الأطفال الكويتيين، مع الدراسات الأخرى التي أفادت عن وجود مستويات قلق أعلى لدى البنات مقارنة بالأولاد

(Klingman, 1992) . وبدلا من ذلك لوحظ في هذه الدراسة وجود تفاعل بين عاملي الجنس والمجموعة على اضطراب توتر ما بعد الصدمة، وفي هذا التفاعل تبين أنه كانت لدى الأولاد في مجموعة الصدمة مستويات أعلى من اضطراب توتر ما بعد الصدمة مقارنة بالبنات، ولكن من جهة أخرى كانت لدى بنات المجموعة الضابطة مستويات أعلى من اضطراب توتر ما بعد الصدمة مقارنة بأولاد المجموعة الضابطة. وهذه النتيجة تناقض النتائج التي أفادت عنها مقصود ونذر (1993) على عينة عشوائية من الشباب الكويتي، حيث أفادت البنات عن وجود أعراض نفسية أكثر مما أفاد عنه الاولاد. وقد يرجع هذا التفاوت في النتائج لوجود فروق في خطة المعاينة، هذا على الرغم من أنه في دراسة مقصود ونذر كان الأولاد أكثر تعرضا لتجارب متعلقة بالحرب من البنات.

وفي محاولة لفهم الفروق بين الجنسين في مجموعة الصدمة والتي توصلت اليها هذه الدراسة، تم تحليل بنود مقياس اضطراب توتر ما بعد الصدمة على حده باعتبارها دالة للجنس. وكانت فئات الأعراض، التي كان لدى الأولاد فيها متوسطات أعلى من البنات، هي أعراض اعادة تجربة الحدث المؤلم وأعراض التجنب والخدر النفسي العام، أما في أعراض الاستثارة المتزايدة فكانت درجات البنات تفوق غالبا درجات الأولاد.

وقد يكون تفسير ذلك هو أن المستويات المرتفعة من الدعم الانفعالي (Emotional Support) التي أفادت عنها البنات في هذه العينة كانت بمثابة عازل ضد الحزن المرتفع، إذ سمح لهن بالتعبير عن مشاعرهن ومخاوفهن للآخرين مما مكنهم من مواجهة ومعالجة الأفكار غير السارة وما قد يذكرهم بتجربة الأزمة المؤلمة، ولعل ذلك أدى أيضا الى تلك الدرجة الأكبر من التفاؤل التي ذكرتها البنات. ولقد أظهر آخرون في دراساتهم أمثال (Greenbaum, Erlich & Toubiana, 1993) بأن البنات أفدن عن تلقيهن لمستويات من الدعم الانفعالي تزيد عما تلقاه الأولاد. ويمكن أن يكون ذلك صحيحا في ثقافات وبيئات مختلفة حيث تستعين البنات استعانة كبيرة بالوالدين والأقرباء والأصدقاء كمصادر للدعم الانفعالي .

وتؤكد بعض الدراسات الفرض أن الدعم الاجتماعي يمكن أن يقوم بدور العازل ضد الآثار النفسية للكوارث أمثال (Fleming & Baum, et al., 1982)، ولكن ليس بصورة منتظمة، أمثال (McFarlane et al ., 1983) . وتم اختبار هذا الفرض في هذه الدراسة بهدف تفسير الاتجاه المدهش للتفاعل بين متغيري الجنس والمجموعة، ولقد أظهرت النتائج أن البنات في مجموعة الصدمة، واللواتي أفدن عن تلقيهن لمستويات عالية من الدعم، حصلن على درجات في مقياس

اضطراب توتر ما بعد الصدمة تماثل درجات المجموعة الضابطة، ولم يكن الأمر على هذا النحو بالنسبة للأولاد، إلا أن الأولاد عموما أفادوا عن تلقيهم لدعم أقل مما تلقته البنات.

وكما هو متوقع فان هذه الدراسة تشير الى وجود ارتباط بين مؤشر اضطراب توتر ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق. وفضلا عن ذلك فان نمط الفروق بين المجموعات على مقياس الاكتئاب والقلق دل على أن الأطفال في مجموعة الصدمة أفادوا عن وجود مستويات أعلى من الاكتئاب والقلق مقارنة مع المجموعة الضابطة. وبذلك فان الصورة النفسية العامة التي تظهر على هؤلاء الأطفال تتفق مع نمط القلق النفسي الملاحظ في البالغين. ولم تلاحظ فروق ذات دلالة احصائية في الجنس سوى على المقياس الفرعي من مقياس القلق الصريح: القلق والحساسية الزائدة. وفي هذه الحالة كانت البنات أكثر قلقا من الأولاد.

وتشير نتائج مقياس وكسلر الكويت لذكاء الأطفال، الى تكافؤ ذكاء الأطفال في المجموعتين (مجموعة الصدمة والمجموعة الضابطة) غير أن أطفال مجموعة الصدمة سجلت درجات أقل دلالة من أطفال المجموعة الضابطة على المقاييس الفرعية التالية : الحساب وترتيب الصور والمتاهات وتجميع الأشياء. ولقد صيغ الفرض المتعلق بالفرق في اختبار الحساب على أساس أثر الذاكرة والتركيز على الآداء على هذا المقياس الفرعي. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل اليه باوم وزملاؤه (Baum, Gatchel & Schaeffer, 1983)، الذين وجدوا أداء متدنيا في عينة البالغين الذين يعيشون على مقربة من المنشأة النووية في ثري مايل أيلاند الأمريكية. ويشتمل كل من ترتيب الصور ورسوم المكعبات والمتاهات على جوانب مختلفة من التنظيم الادراكي وهذا يتفق مع العلاقة التي ظهرت في تحليل كوفمان العاملي لمقياس وكسلر لذكاء الأطفال المعدل (Kaufman, 1977). ويقيم ترتيب الصور الوعي الاجتماعي، أما رسوم المكعبات فهو عملية تجريد تنظيمي. في حين تعتبر المتاهات مهمة بصرية بحتة تشتمل على التخطيط والقابلية للتشتت. ويمكن لنتائج ترتيب الصور أن ترتبط بالمقياس الفرعي لمقياس القلق الصريح وهو : القلق الاجتماعي والتركيز التي وجدت أيضا لدى هؤلاء الأطفال. وقد أفاد الأطفال في مجموعة الصدمة عن مستويات أعلى من القلق الاجتماعي والتي يمكن أن تؤثر على رؤيتهم لأنفسهم فيما يتصل بالآخرين، وأن تؤدي الى صعوبة في التركيز والتنظيم.

وتكـرر هـذه الدراسـة، النتـائج التي توصلنـا اليها في دراستنا السابقة،للصلة بين التعرض للصدمة والتشكيات الصحية (Llaber & Hadi, in press)، فالأولاد والبنات في مجموعة الصـدمة يفيـدون عن عـدد أكبـر من التشكيات الصحية مقارنة بالمجموعة الضابطة. وتتفق

هذه النتائج مع النتائج التي توصل اليها (Nader, Pynoos, Fairbanks, et al., 1990)، والتـي ترتبـط بـين درجـة القـرب من العـنف والأعـراض الجسـدية المتزايـدة لـدى الأطفال، كما تتفـق مع مراجعة (Melamed, Melamed & Bouhoutsos, 1989)، وكما أنها توازي النتائـج التي تم التوصل اليها في عينات البالغين الذين تعرضوا لكوارث من صنع الانسان (Buam, Gatchel & Schaeffer, 1983) و (Davidson, & Baum, 1986). وتفيد هذه العلاقة الثابتة بين التعرض للصدمة والأعراض الصحية بضرورة اجراء تقييم منتظم للصحة كجزء من أي تدخل مع الضحايا من الأطفال والبالغين علي السواء.

وتتفـق نتـائج تحاليل ضغط الدم ومعدل ضربات القلب الى حد ما مع نتائجنا السابقة (Llabre, & Hadi, in press). فقد لوحظ في كلا الدراستين أن ردة فعل أوعية شرايين القلب (Cardiovascular Reactivity) للأطفال على الأسئلة المتعلقة بخبراتهم حول الأزمة تجاوزت ما هو متوقع عندما يتكلمون عن مواضيع عامة. كما بينت الدراسة عن وجود بعض الدلائل والتي تشير على وجود فروق في ردود فعل ضربات القلب بين مجموعتي الصدمة والضابطة. وتتفق هذه النتائج مع الدراسات التي أجريت على محاربي الحرب الفيتنامية والتي استخدمت الاستجابات الفسيولوجية على مثيرات الحرب لكي تدل على زيادة في نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي في اضطراب توتر ما بعد الصدمة. ولقد بينت دراسة كيبل ورفاقه (Keppel - Benson & Ollendick, 1993) بأنه لم يسبق دراسة الجوانب الفسيولوجية للصدمة على الأطفال، وبذلك تمثل هذه النتائج اضافة ذات أهمية للدراسات السابقة بهذا الشأن.

وبالرغم من أن نتائج الادرينالين واللاأدرينالين والكورتزول لعينات البول لم تكن مثلى، نتيجة لصغر حجم العينة وقصر طول الفترة الزمنية عند جمع عينات البول مقارنة بالدراسات الأخرى (حيث كانت الفترة الزمنية في هذه الدراسة ثمان ساعات مقارنة بأربعة وعشرون ساعة بالدراسات الأخرى)، إلا أنه كانت هناك علاقة بين قيمتي اللاأدرينالين وضغط الدم الانقباضي أثناء فترة الراحة، حيث يدعم هذا الارتباط صدق تحليل اللاأدرينالين. وكما أنه أيضا اقتربت الفروقات بين مجموعتي الصدمة والضابطة من الدلالة الاحصائية على مستوى اللاأدرينالين، وهذه النتيجة ثابتة مع نتائج دراسة (Baum, Gatchel, and Schaeffer, 1983) والتي تناولت عينة من البالغين في مدينة ثري مايل آيلاند الأمريكية. وهذه النتائج تقترح تماثل النمط في الاستجابات الفسيولوجية للاضطرابات المؤلمة عند الأطفال. وعلى ما نعلم أنه لم يتم الإفادة عن هذا النوع من بيانات الهرمونات في دراسات الأطفال السابقة.

ويظهر على والدي هؤلاء الأطفال أيضا القلق النفسي كما يتضح من الفروق الثابتة التي وجدت بين مجموعتي الصدمة والضابطة في اضطراب توتر ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والدرجة الكلية في قائمة مراجعة الأعراض -90- المعدلة، وفي جميع المقاييس الفرعية باستثناء مقياسين. وأحد هذه المقاييس الفرعية هي الأعراض الجسدية (Somatization) والذي يدل على أن الوالدين في مجموعة الصدمة كانوا يعانون مثل أطفالهم من أعراض جسدية أكثر من أقرانهم في المجموعة الضابطة. وتتفق هذه النتائج مع الدراسات المتوفرة حاليا.

وعلى الرغم من أن اكتئاب بعض الآباء ذو علاقة باكتئاب أطفالهم، فان الآباء ليسوا قادرين بصورة منظمة على اكتشاف المشكلات السلوكية لدى أطفالهم. وبدلا من ذلك فان العلاقة التي برزت هي العلاقة بين قلق الوالدين وتقديرهم لدرجة قلق أطفالهم. ويبدو كما لو أن الضيق النفسي الذي يعاني منه الأباء يتم اسقاطه على الطفل وبذلك يحول دون مقدرة الأباء إدارك ما يعانيه أطفالهم.

وكما أفادت دراسات أخرى، فإن تقديرات المدرسين لسلوك الأطفال لا توفر وسيلة منظمة للتعرف على الأطفال الذين يمكن أن يعانوا من مشكلات نتيجة للصدمة. ولم نلاحظ في هذه الدراسة أي علاقة بين تقديرات المدرسين لسلوك الأطفال وقلقهم النفسي. وفضلا عن ذلك لم يكن هناك أي تأثير عام للمجموعة على تقديرات المدرسين. وقد أظهر التفاعل فروقا ذا دلالة بالنسبة للبنات في الاتجاه المتوقع، ولكن المدرسين قدروا أن الأولاد في مجموعة الصدمة كانوا يظهرون سلوكا تكيفيا أكثر من أقرانهم في المجموعة الضابطة. وهذا يدل على أن الأولاد الذين تعرضوا لصدمة حادة لم يكشفوا عن مشكلاتهم بطريقة تمكن المدرسين من ملاحظتها، ولذلك فقد لا يتم اكتشاف حاجتهم لأي نوع من المعونة.

وتوفر نتائج هذه الدراسة أساسا لطرح توصيات بشأن التدخل المرغوب، فمن الواضح أن هناك أطفالا وبالغين في المجتمع الكويتي ممن يعانون من قلق نفسي. ومن المهم معالجة هذه المشكلات في حينها بغية ضمان صحة البلاد في المستقبل. واذا ما أريد تلبية احتياجات هؤلاء الأفراد فستكون هناك حاجة الى توفير طريقة منهجية منظمة للكشف عنهم.

وتدل البيانات في الظروف الراهنة على أن الآباء والمدرسين قد لا يكونون قادرين على التعرف على المشكلات النفسية لدى الأطفال، اما لأنهم يميلون إلى إسقاط قلقهم الشخصي على الطفل، أو لأن المشكلات ليست ظاهرة في سلوك الأطفال. ولذلك نقترح بعض أنواع التدخل للآباء

والمدرسين. وهناك حاجة بالنسبة للآباء الى توفير خدمات نفسية لمعالجة اكتئابهم، وقلقهم واضطراب توترهم ما بعد الصدمة. وقد يكون من المناسب اللجوء الى استشارة فردية أو جماعية أو كلاهما. وقد لا يكون الدعم المالي الذي ارتآه الآباء كافيا لمساعدتهما على التعامل مع الصدمة. وعلى الرغم من وجود سياسات راهنة في مكتب الشهيد لمساعدة الآباء الذين يعانون من المشكلات المالية، فان هؤلاء الآباء قد يحتاجون الى أنواع أخرى من المساعدة. وفضلا عن ذلك تنتظر الكثير من هذه الهيئات من الأفراد أن يتقدموا لها بطلبات للحصول على الخدمات المتوفرة بدلا من قيامها بدور أكثر فعالية، والبحث عن الأشخاص الذين يحتاجون لهذه الخدمات. وينبغي أن يكون هدف هذه الهيئات ايجاد السبل المختلفة للوصول الى هؤلاء الأشخاص الذين يحتاجون الى المساعدة.

ومن الواضح أيضا احتمال وجود حاجة الى تدريب المدرسين لتمكينهم من التعرف بصورة أفضل على أعراض اضطراب توتر ما بعد الصدمة لدى الأطفال وخاصة الأولاد، بحيث يتمكنون من تحويلهم الى الجهات المعنية. ويمكن للتدريب أن يتم في اطار مجموعة كجزء من برنامج التدريب أثناء الخدمة في المدارس (School - Based Intervention). وقد يكون الارشاد الجمعي في المدرسة هو الحل بالنسبة للأطفال. وبهذه الطريقة قد يتعلم الأطفال كيف يناقشون مشاعر القلق بصراحة أكبر مع الآخرين، وكيف يتعاملون مع القلق عن طريق مشاركة الآخرين بمشاعرهم. وانطلاقا من التوصية بتوفير التدخلات النفسية للأطفال ووالديهم، يصبح من المهم توفير أخصائيين مؤهلين ومدربين للقيام بهذه التدخلات. وهناك حاجة ماسة الى تقدير الاحتياجات من الخدمات النفسية المتوفرة، ترافقها خطة لإمكان تدريب الجهاز القائم في مجالات خاصة بمعالجة اضطراب توتر ما بعد الصدمة. وإضافة إلى البيانات النفسية تشير نتائج البيانات المتعلقة بالصحة لدى الأطفال، إلى الحاجة إلى إدراج الفحص الصحي كجزء من أي خدمات طويلة الأمد لهذا المجتمع.

وهنالك أخيرا كثير من الأبحاث حول المنهج الطبيعي للشفاء من الصدمة الحادة كالذي تعرض له هؤلاء الأطفال، وسوف تساهم الدراسات الطولية لهؤلاء الأطفال الى حد بعيد في فهم الآثار الناتجة عن الصدمة لدى الانسان.

الملاحق

ملحق (أ) : متوسطات بنود مؤشر اضطراب توتر ما بعد الصدمة لكل من الأولاد والبنات في مجموعة الصدمة

متوسطات بنود مؤشر اضطراب توتر ما بعد الصدمة

لكل من الأولاد والبنات في مجموعة الصدمة

الأعراض	الأولاد	النبات
اعادة تجربة الحدث المؤلم		
1 – أفكار وصور ذهنية مقحمة عن الأزمة.	1.5	1.1
2 – أحلام مضايقة ومزعجة عن الأزمة.	.6	.6
3 – تكرار معايشة الحدث المؤلم.	1.1	.4
4 – الانزعاج من كل ما يذكر بالأزمة.	1.1	.8
التجنب والخدر		
5– تجنب الأفكار أو المشاعر المتعلقة بالأزمة.	1.1	.8
6 – تجنب القيام بالأعمال أو التعرض لمواقف مذكرة بالأزمة.	.9	.5
7 – صعوبة في استرجاع الاحداث الهامة من الأزمة.	.6	.6
8 – صعوبة في الإستمتاع بالأنشطة التي يتم ممارستها.	1.1	.6
9 – الشعور بانقطاع العلاقات مع الآخرين.	.5	.4
10 – عدم القدرة على التعبير عن مشاعر الحزن والفرح.	.8	.7
11– الشعور بأن المستقبل بات محدود.	.8	.5
الاثارة الفسيولوجية		
12– صعوبة في النوم.	1.1	1.3
13 – قابلية الانفعال والغضب.	.8	1.1
14 – صعوبة في التركيز.	.5	.9
15 – سهولة تشتت الذهن.	.7	.8
16 – سهولة الانتفاض (الفزع).	1.0	1.2
17 – الانزعاج الجسدي بما يذكر بالأزمة.	.6	.6

ملحق (ب) : الجداول الإحصائية لنتائج الدراسة

جدول رقم (1) متوسط أعمار الأولاد والبنات في كل مجموعة

المجموعة	متوسط عمر الأولاد	متوسط عمر البنات
مجموعة رقم (1)	10.5	10.6
مجموعة رقم (2)	11.0	10.5
مجموعة رقم (3)	10.4	10.6
المجموعة الضابطة	10.6	10.5

مجموعة رقم (1) : تمثل الأطفال الذين قتل أباؤهم.

مجموعة رقم (2) : تمثل الأطفال الذين فقدوا آباؤهم.

مجموعة رقم (3) : تمثل الأطفال الذين ألقي القبض عليهم أو على والديهم وقد يكون جرى تعذيبهم.

المجموعة الضابطة : تمثل الأطفال الذين لم يعانوا من صدمة شديدة.

جدول رقم (2) النسبة المئوية للأطفال الذين أفادوا عن ممارسة أنواع مختلفة من الأحداث الصادمة والمؤلمة حسب المجموعة

الحدث	مجموعة رقم (1)	مجموعة رقم (2)	مجموعة رقم (3)	ضابطة
إصابة الطفل بأذى	4	2	3	0
إصابة والده بأذى	31	24	17	0
إصابة والدته بأذى	4	3	2	0
إصابة أخيه أو أخته بأذى	6	3	3	0
إصابة أحد أقربائه بأذى	19	9	11	9
إصابة صديق أو أحد المعارف بأذى	10	9	11	4
قتل الأب	26	0	0	0
اعتقال الطفل	1	2	3	0
مشاهدة قتل شخص ما	5	2	4	0
مشاهدة تعذيب شخص ما	6	2	4	0
اعتقال شخص آخر غير الأب	25	19	18	12
الخوف من الأذى	21	17	16	9
الخوف من القتل	16	11	9	5
مشاهدة قتلى وجرحى في التلفزيون	23	19	24	30
مشاهدة صور قتلى وجرحى	22	18	23	29
مشاهدة أعمال عنف في التلفزيون	21	19	17	19

جدول رقم (3) التوزيع التكراري للمستوى التعليمي للوالدين

الوضع التعليمي	**ن**
لا يقرأ ولا يكتب	7
يقرأ ويكتب	1
إبتدائي	2
متوسط	40
دبلوم بعد المتوسط	36
ثانوي	27
جامعي	25
فوق الجامعي	2

جدول رقم (4) معاملات ثبات جميع مقاييس الدراسة

المقياس	معامل كرونباخ (ألفا)
مؤشر اضطراب رد الفعل الاجهادي لما بعد الصدمة / للأطفال (17 بندا) .	.80
قائمة مظاهر الاكتئاب عند الأطفال (27 بندا) .	.78
مقياس القلق الصريح عند الأطفال / المعدل (36 بندا) .	.86
قائمة التشكيات الجسدية – النفسية للأطفال/ قبل الأزمة (8 بنود) .	.55
قائمة التشكيات الجسدية – النفسية للأطفال / بعد الأزمة (8 بنود) .	.58
اختبار المواءمة الحياتية للأطفال (10 بنود) .	.40
مقياس المساندة الاجتماعية للأطفال (8 بنود) .	.64
مقياس المساندة الاجتماعية للآباء (5 بنود) .	.70
قائمة السلوك الاجتماعي التكيفي للأطفال (30 بندا) .	.85
قائمة بك لمظاهر الاكتئاب للآباء (20 بندا) .	.86
قائمة الوضع النفسي للأطفال (22 بندا) .	.73
مؤشر اضطراب رد الفعل الاجهادي لما بعد الصدمة / للآباء (16 بندا) .	.90
قائمة مراجعة الأعراض –90– المعدل (81 بندا) .	.97
استمارة المقابلة المقننة للأزمات للأطفال وتقييم ضغط الدم (16 بندا) .	.67
الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر الكويت لذكاء الأطفال :	
1– المعلومات (30 بندا)	.85
2– المتشابهات (17 بندا)	.82
3– الحساب (18 بندا)	.72
4– المفردات (40 بندا)	.84
5– الفهم (20 بندا)	.76
6– تكميل الصور (25 بندا)	.75
7– ترتيب الصور (12 بندا)	.68
8– رسوم المكعبات (11 بندا)	.81
9– تجميع الأشياء (4 بنود)	.56
10– إعادة الأرقام (7 بنود)	.55
11– إعادة الأرقام بالعكس (7 بنود)	.56
12– المتاهات (9 بنود)	.61

جدول رقم (5) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة لمؤشر اضطراب رد الفعل الإجهادي لما بعد الصدمة للأطفال حسب المجموعة والجنس

المجموعة	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن
مجموعة الصدمة	ذكور	15.10	8.95	55
	إناث	12.67	10.84	57
المجموعة الضابطة	ذكور	5.53	4.48	19
	إناث	10.56	7.68	20

جدول رقم (6) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة لقائمة مظاهر الاكتئاب عند الأطفال حسب المجموعة والجنس

المجموعة	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن
مجموعة الصدمة	ذكور	10.33	4.21	55
	إناث	8.75	5.60	57
المجموعة الضابطة	ذكور	6.11	4.12	19
	إناث	6.80	4.65	20

جدول رقم (7) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة للمقاييس الفرعية لمقياس القلق الصريح عند الأطفال حسب المجموعة والجنس

المجموعة	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن
القلق الكلي				
مجموعة الصدمة	ذكور	9.62	5.43	55
	إناث	10.94	6.11	56
المجموعة الضابطة	ذكور	6.17	4.94	18
	إناث	8.32	6.26	19
القلق والحساسية الزائدة				
مجموعة الصدمة	ذكور	4.42	2.77	55
	إناث	4.91	2.66	56
المجموعة الضابطة	ذكور	2.67	2.00	18
	إناث	4.47	3.12	19
القلق الاجتماعي والتركيز				
مجموعة الصدمة	ذكور	1.89	1.76	55
	إناث	2.31	2.12	56
المجموعة الضابطة	ذكور	1.00	1.32	18
	إناث	1.00	1.70	19
القلق الفسيولوجي				
مجموعة الصدمة	ذكور	3.31	1.94	55
	إناث	3.71	2.49	56
المجموعة الضابطة	ذكور	2.50	2.31	18
	إناث	2.84	2.32	19
مقياس الكذب				
مجموعة الصدمة	ذكور	5.71	1.51	55
	إناث	5.70	1.63	56
المجموعة الضابطة	ذكور	4.00	1.72	18
	إناث	5.16	1.98	19

جدول رقم (8) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة لاختبار المواءمة الحياتية للأطفال حسب المجموعة والجنس

المجموعة	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن
مجموعة الصدمة	ذكور	21.64	3.06	55
	إناث	23..26	2.48	57
المجموعة الضابطة	ذكور	21.95	2.44	19
	إناث	22.45	2.40	20

جدول رقم (9) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة لمقياس المساندة الاجتماعية للأطفال حسب المجموعة والجنس

المجموعة	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن
مجموعة الصدمة	ذكور	39.75	6.23	52
	إناث	44.95	7.74	57
المجموعة الضابطة	ذكور	38.28	9.47	18
	إناث	43.40	7.80	20

جدول رقم (10) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة لقائمة السلوك الاجتماعي التكيفي للأطفال حسب المجموعة والجنس

المجموعة	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن
مجموعة الصدمة	ذكور	72.14	8.51	44
	إناث	72.03	8.40	40
المجموعة الضابطة	ذكور	68.64	8.64	11
	إناث	77.70	8.63	13

جدول رقم (11) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة لقائمة الوضع النفسي للأطفال حسب المجموعة والجنس

المجموعة	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن
مجموعة الصدمة	ذكور	18.55	5.37	33
	إناث	12.01	4.90	46
المجموعة الضابطة	ذكور	8.08	5.42	12
	إناث	8.22	3.35	18

جدول رقم (12) المتوسطات ، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة لقائمة التشكيات الجسدية – النفسية للأطفال قبل وبعد الأزمة حسب المجموعة والجنس

المجموعة	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن
قبل الأزمة				
مجموعة الصدمة	ذكور	11.09	2.28	55
	إناث	11.97	2.25	57
المجموعة الضابطة	ذكور	10.26	1.70	19
	إناث	10.25	1.94	20
بعد الأزمة				
مجموعة الصدمة	ذكور	11.73	2.63	55
	إناث	12.25	2.53	57
المجموعة الضابطة	ذكور	10.68	1.95	19
	إناث	10.30	2.06	20

جدول رقم (13) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة لضغط الدم الانقباضي، وضغط الدم الانبساطي، ومعدل ضربات القلب للأطفال حسب المجموعة والجنس

المستوى	الذكور ن = 56	الاناث ن = 66	الصدمة ن = 89	الضابطة ن = 33
ضغط الدم الانقباضي				
خط القاعدة	(14)105	(13) 108	(14) 108	(13) 106
التحدث	(15) 110	(15) 116	(15) 114	(15) 112
التوتر	(16) 114	(17) 121	(16) 119	(17) 116
ضغط الدم الانبساطي				
خط القاعدة	(7)56	(7) 59	(7) 59	(7) 58
التحدث	(8) 56	(8)66	(8)65	(9) 67
التوتر	(9) 68	(10) 71	(10) 69	(8) 71
معدل ضربات القلب				
خط القاعدة	(11)83	(10) 88	(11) 86	(10) 85
التحدث	(10) 85	(11) 91	(11) 88	(10) 88
التوتر	(10) 88	(11) 94	(11) 92	(10) 90

جدول رقم (14) المتوسطات، والانحرافات المعيارية للكورتزول، والأدرينالين، واللاأدرينالين حسب المجموعة

المستوى	مجموعة الصدمة (ن = 57)	المجموعة الضابطة (ن = 22)
الكورتزول	(.25) .29	(.19).25
الأدرينالين	(.32) .46	(.27) .43
اللاأدرينالين	(.48) 1.12	(.40) .90

جدول رقم (15) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة للدرجات الكلية واللفظية والعملية الموزونة لمقياس وكسلر الكويت لذكاء الاطفال حسب المجموعة والجنس

المجموعة	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن
الدرجة الكلية الموزونة				
مجموعة الصدمة	ذكور	96.43	18.86	54
	إناث	100.68	12.62	56
المجموعة الضابطة	ذكور	104.26	16.80	19
	إناث	100.15	14.13	20
الدرجة اللفظية الموزونة				
مجموعة الصدمة	ذكور	92.24	13.62	54
	إناث	96.23	14.94	56
المجموعة الضابطة	ذكور	98.11	18.05	19
	إناث	94.40	14.08	20
الدرجة العملية الموزونة				
مجموعة الصدمة	ذكور	98.52	21.03	54
	إناث	105.68	15.14	56
المجموعة الضابطة	ذكور	107.16	17.30	19
	إناث	106.55	18.29	20

جدول رقم (16) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة للاختبارات الفرعية لعامل التحرر من تشتت الذهن (Freedom from Districtability) حسب المجموعة والجنس

المجموعة	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن
اختبار الحساب				
مجموعة الصدمة	ذكور	9.04	2.45	54
	إناث	9.07	2.87	56
المجموعة الضابطة	ذكور	10.52	2.78	19
	إناث	9.60	2.37	20
اختبار الترميز				
مجموعة الصدمة	ذكور	9.87	3.77	52
	إناث	11.53	3.79	43
المجموعة الضابطة	ذكور	10.37	3.73	19
	إناث	11.60	3.80	20
اختبار اعادة الأرقام				
مجموعة الصدمة	ذكور	9.56	3.04	52
	إناث	9.87	2.96	53
المجموعة الضابطة	ذكور	10.16	4.48	19
	إناث	10.00	2.56	20

جدول رقم (17) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة للمقاييس الفرعية ترتيب الصور ورسوم المكعبات، والمتاهات حسب المجموعة والجنس

المجموعة	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن
اختبار ترتيب الصور				
مجموعة الصدمة	ذكور	9.02	3.20	53
	إناث	10.38	3.71	55
المجموعة الضابطة	ذكور	12.16	2.77	19
	إناث	11.05	2.69	20
اختبار رسوم المكعبات				
مجموعة الصدمة	ذكور	8.74	5.37	54
	إناث	8.84	4.32	56
المجموعة الضابطة	ذكور	11.21	5.20	19
	إناث	11.70	5.27	20
اختبار المتاهات				
مجموعة الصدمة	ذكور	9.91	3.45	54
	إناث	9.57	3.54	56
المجموعة الضابطة	ذكور	11.68	3.33	19
	إناث	11.75	3.14	20

جدول رقم (18) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة لاختبار المفردات حسب المجموعة والجنس

المجموعة	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن
مجموعة الصدمة	ذكور	8.30	3.10	54
	إناث	9.70	3.16	56
المجموعة الضابطة	ذكور	10.42	2.43	19
	إناث	9.10	3.13	20

جدول رقم (19) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة للاختبارات الفرعية : المعلومات والمتشابهات والفهم وتكميل الصور وتجميع الأشياء حسب المجموعة والجنس

المجموعة	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن
اختبار المعلومات				
مجموعة الصدمة	ذكور	7.72	3.79	53
	إناث	7.40	3.42	55
المجموعة الضابطة	ذكور	8.11	4.78	19
	إناث	8.50	3.68	20
اختبار المتشابهات				
مجموعة الصدمة	ذكور	6.79	3.66	53
	إناث	8.24	4.17	55
المجموعة الضابطة	ذكور	8.63	4.68	19
	إناث	9.10	3.48	20
اختبار الفهم				
مجموعة الصدمة	ذكور	8.60	2.66	53
	إناث	9.19	3.18	55
المجموعة الضابطة	ذكور	10.42	4.00	19
	إناث	9.50	2.82	20
اختبار تكميل الصور				
مجموعة الصدمة	ذكور	9.43	3.40	53
	إناث	10.56	2.50	55
المجموعة الضابطة	ذكور	10.42	2.76	19
	إناث	10.60	2.44	20
اختبار تجميع الأشياء				
مجموعة الصدمة	ذكور	9.29	3.08	53
	إناث	9.67	2.65	55
المجموعة الضابطة	ذكور	9.90	4.03	19
	إناث	.9.85	3.28	20

جدول رقم (20) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة لمؤشر رد الفعل الإجهادي لما بعد الصدمة للآباء حسب المجموعة

المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن
مجموعة الصدمة	26.13	15.47	97
المجموعة الضابطة	17.15	12.21	34

جدول رقم (21) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة لقائمة بك لمظاهر اكتئاب الآباء حسب المجموعة

المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن
مجموعة الصدمة	15.44	8.83	97
المجموعة الضابطة	9.63	7.17	34

جدول رقم (22) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة لقائمة مراجعة الأعراض –90 – المعدل للآباء حسب المجموعة

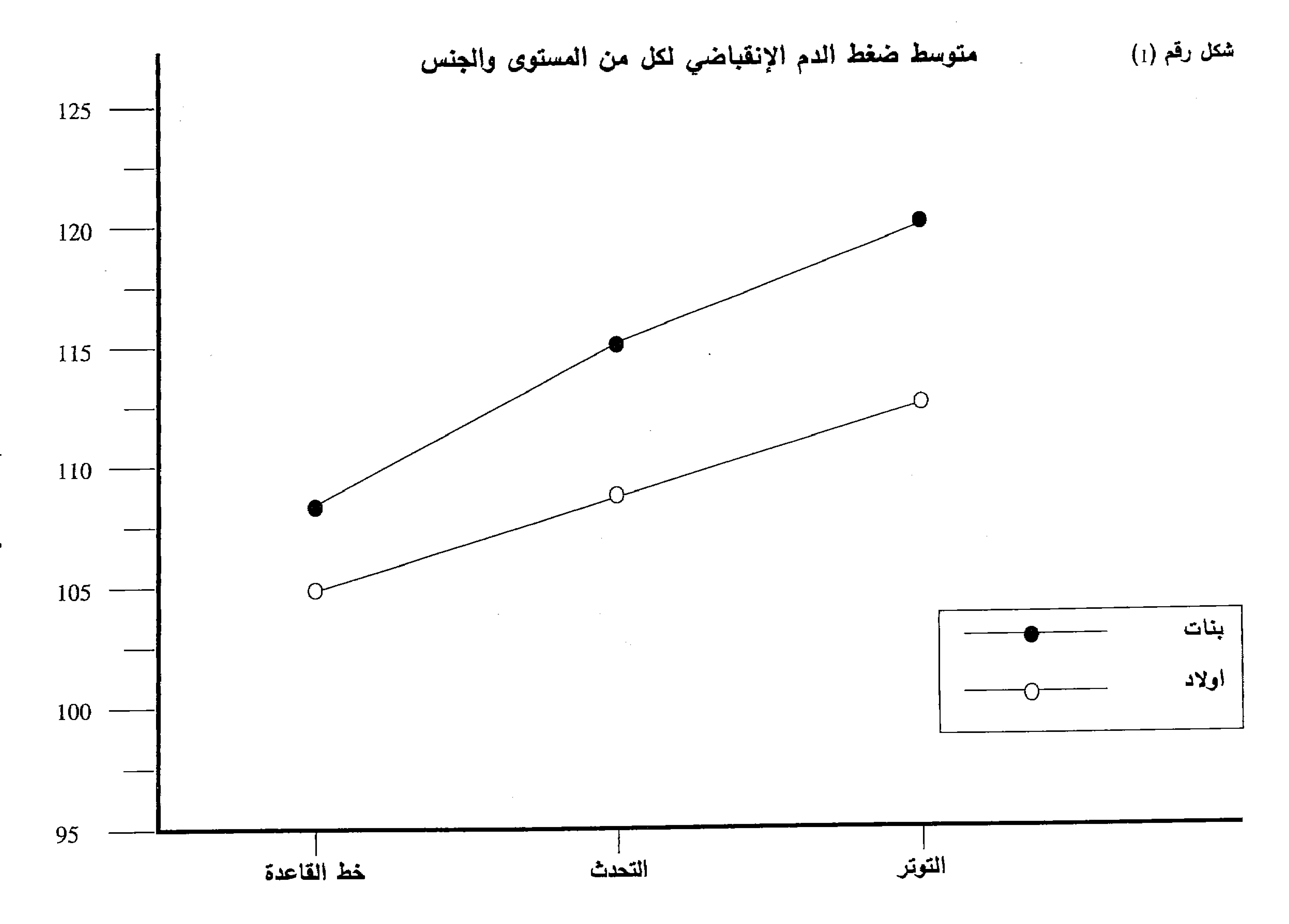
المقاييس الفرعية	مجموعة الصدمة ن = 97	المجموعة الضابطة ن = 34
الدرجة الكلية لقائمة الأعراض	(.66)1.12	(.47).79
الأعراض الجسمية	(.87)1.09	(.56).73
القلق	(.87)1.12	(.57).64
الوسواسي / القهري	(.79)1.47	(.63)1.11
الاكتئاب	(.79)1.12	(.51).72
الحساسية الشخصية	(.75)1.22	(.63).92
الذهانية	(.67).84	(.47).53
الهوس التسلطي	(.81).94	(.60).76
العدوان	(.71)1.15	(.52).86
قلق الخوف	(.72).89	(.64).62

جدول رقم (23) المتوسطات، والانحرافات المعيارية، وأحجام العينة لمقياس المساندة الاجتماعية للآباء حسب المجموعة

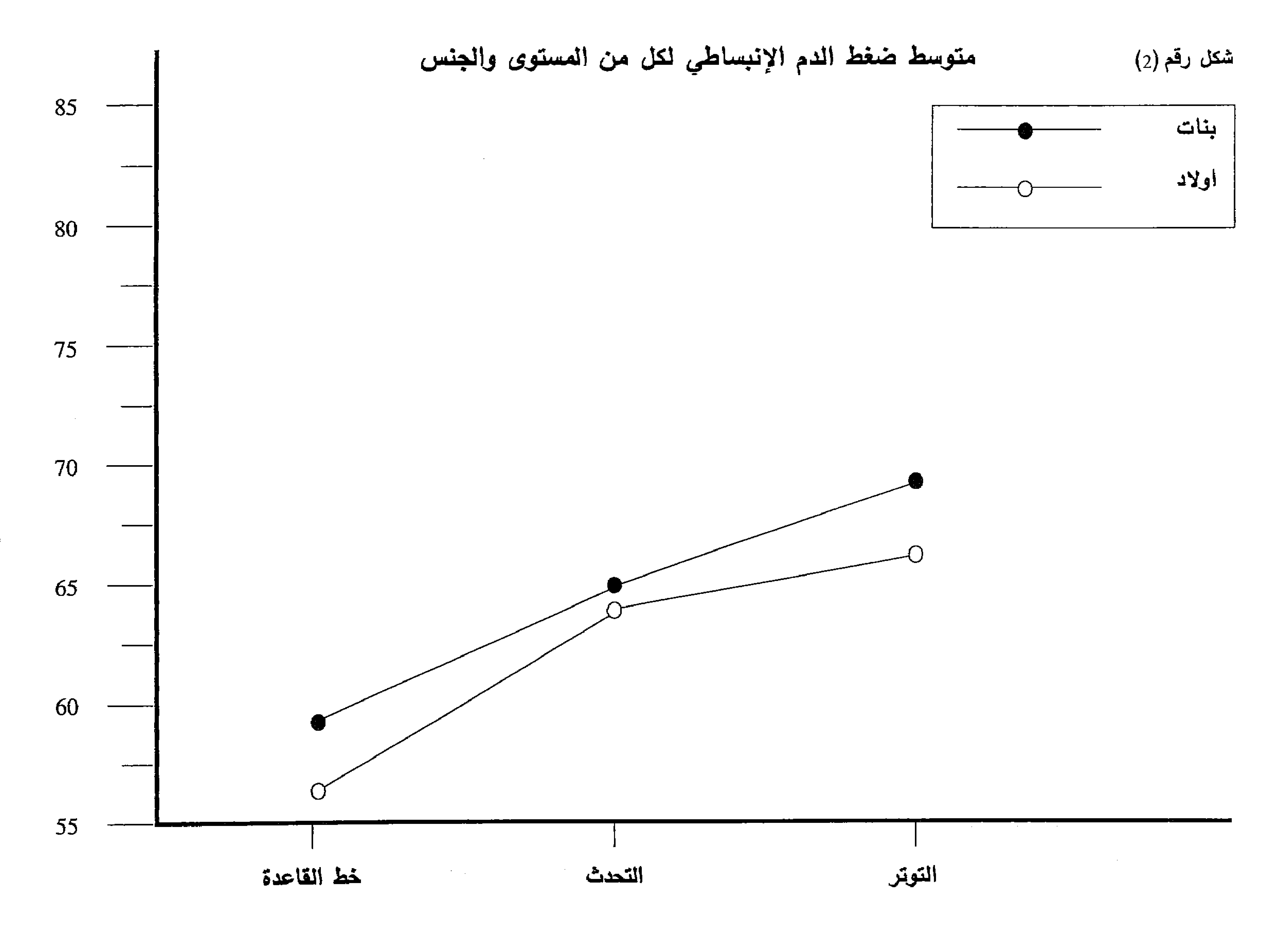
المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن
مجموعة الصدمة	21.62	7.21	97
المجموعة الضابطة	19.47	6.77	34

ملحق (جـ) : الاشكال البيانية

شكل رقم (1) متوسط ضغط الدم الإنقباضي لكل من المستوى والجنس

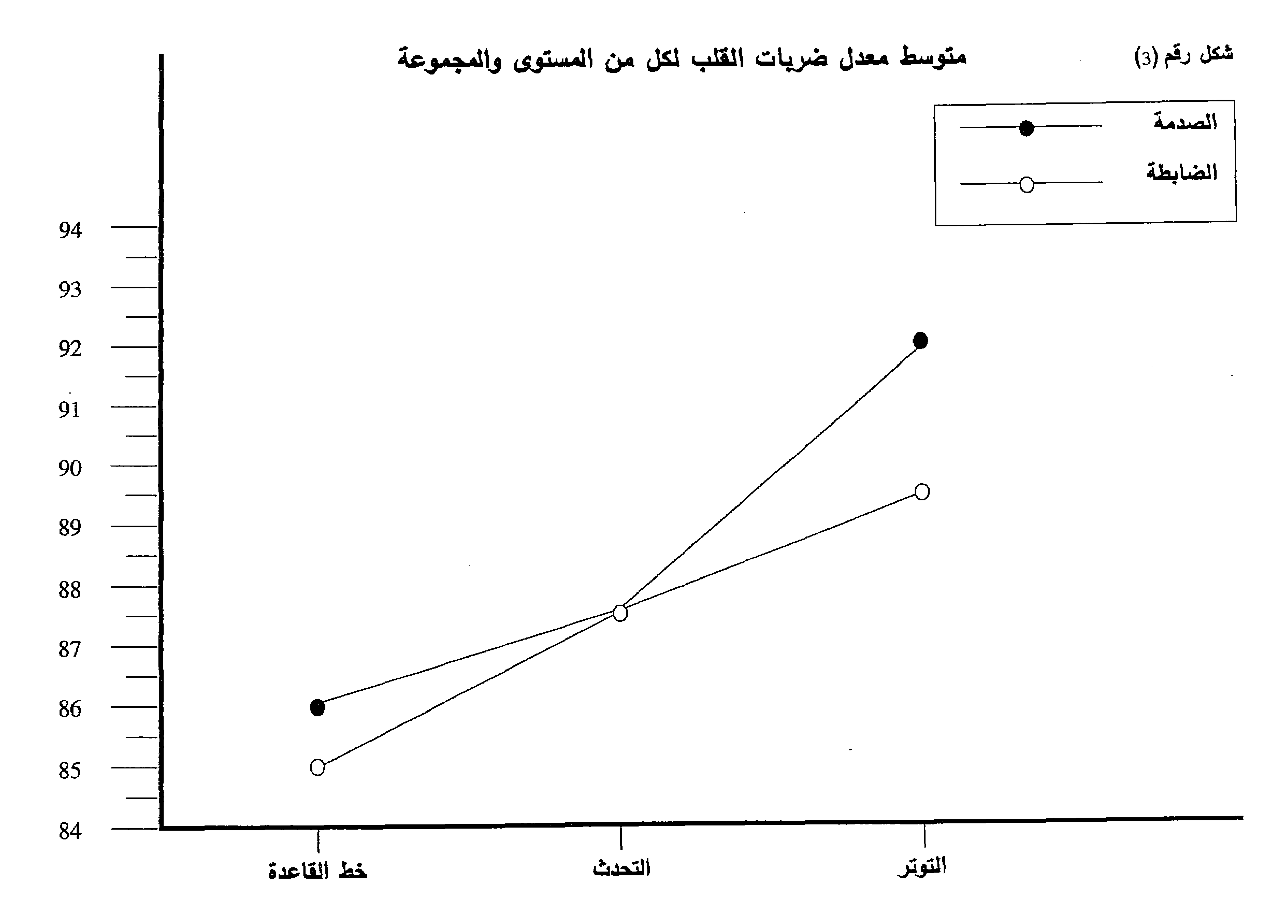


شكل رقم (2) متوسط ضغط الدم الإنبساطي لكل من المستوى والجنس



شكل رقم (3)

متوسط معدل ضربات القلب لكل من المستوى والمجموعة



المراجع

Allodi, F., & Cowgill, G. (1982). Ethical and psychiatric aspects of torture : A Canadian study. ***canadian Journal of Psychiatry, 27***, 98-102.

American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3rd ed., rev., DSM - III - R). Washington, DC : Author.

Baum, A., Gatchel, R. J., & Schaeffer, M.A. (1983). Emotional, behavioral, and physiological effect of chronic stress at three Mile Island. ***Journal of Consulting & Clinical Psychology, 51,*** 565-572.

Baum, A. (1987). Toxins, technology, and natural disasters. In vandenBos, G. R., and Bryant, B. K. (eds.), ***Cataclysms Crises and Catastrophes : Psychology in Action, American*** Psychological Association, Washington, D. C., 9 - 53.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Grabin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory : Twenty-five years of evaluation. ***clinical Psychology Review, 8***, 77-100.

Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. ***Archives of General Psychiatry, 4,*** 561-571.

Boothby, N. (1986). Children and War. ***Cultural Survival Quarterly, 19 (4)***, 28-30.

Davidson, J., Kudler, H., Smith, R., Mahorney, S. L., Lipper, S., Hammett, E., Sauners, W.B., Cavenar, J. o. (1990). Treatment of posttraumatic stress disorder with Amitriptyline and Placebo. ***Arch. of General Psychiatry, 47,*** 259-266.

Davidson, L. M. & Baum, A. (1986). Chronic stress and posttraumatic stress disorder. ***Journal of Consulting and clinical Psychology, 54***, 303-308.

Dodge, C. (1986). Child soldiers of Uganda - What does the future hold. ***Cultural Survival Quarterly, 10 (4)***, 31-33.

Earls, F., Smith, E., Reich, W., & Jung, K. G. (1988). Investigating psychopathological consequences of a disaster in children : A pilot study incorporating a structured diagnostic interview. ***Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry, 27***, 90 - 95.

Fleming, R., Baum, A., Gisriel, M., & Gatchel, R. (1982). Mediating influences of social support on stress at Three Mile island. ***Journal of Human Stress, 8,*** 14-22.

Freedy, J. R., Show, D. L. , Jarrell, M. P., & Masters, C. R. (1992). Towards an understanding of

the psychological impact of natural disasters : An application of the conservation resources stress model, ***Journal of Traumatic Stress, 5,*** 441-454.

Garmezy, N., & Rutter, M. (1985). Acute reactions to stress. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), ***Child psychiatry : modern approaches, 2nd ed.*** Oxford : Blackwell Scientific Publications, 152-176.

Greenbaum, C. W., Erlich, C., & Toubiana, Y. H. (1993). Sex differences in Delayed effects of exposure to Gulf war stress by Israeli City and Settler children. In Fox, N. & Leavitt, L. (Eds.), ***The effect of war and violence on children***. New York : Erlbaum.

Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., Glsesr, G. C., Leonard, A. C., Korol, M., & Winget, C. (1990). Buffalo Creek survivors in the second decade : stability of stress symptoms. ***American Journal of Orthopsychiatry, 60 (1)***, 43-54.

Hadi, F.A., & Llabre, M.M. (1994). The Gulf crisis experience of Kuwaiti children : Psychological and cognitive factors. Manuscript submitted for publication.

Hadi, F.A. (1988). Confirmattory factor Analysis of Kuwaiti adaptation of the WISC - R. Unpublished doctoral dissertation. University of Miami : Florida.

Horowitz, M. J., Stinson, C., & Field, N. (1991). Natural disasters and stress response syndromes. ***Psychiatric Annuals, 21***, 556-562.

Kaffman, M., & Elizar, E. (1984). Chidren's bereavement reactions following death of the father. Special issue : Family psychiatry in Kibbutz. ***International Journal of Family Therapy, 6 (4),*** 249-283.

Katsouyanni, K., Kogevinas, M., & Trichopoulos, D. (1986). Earthquake - related stress and cardiac mortality. ***International Journal of Epideminology***, 15(3), 326-330.

Kaufman, A.S. (1975). Factor analysis of the WISC-R at 11 age levels between 6 1/2 and 16 1/2 years. ***Journal of Counseling and Psychology, 43,*** 135-147.

Keen, R. J. (1980). Follow - up studies of World War II and korean conflict prisoners. ***American Journal of Epidemiology, 111,*** 194-211.

Keppel - Benson, J. M. (1992). ***Post-traumatic stress among children in automobile accident.*** Unpublished docteral dissertation, virginia Polytechnic Institute and State University, Balckburg.

Keppel - Benson, J. M., & Ollendick, T. H. (1993). Posttraumatic stress disorder in children and

adolescents. In C. F. Saylor (Ed). ***Children and disasters***. New York : Plenum Press.

Klingman, A. (1992). Stress reactions of Israeli youth during the Gulf War : A quantitative study. ***Professional Psychology : Research and Practice, 23,*** 521-527.

Kovacs, M. (1991). ***the Children's Depression Inventory : A self-rated depression school for school-aged youngsters.*** Multi-Health Systems : New York.

Kovacs, M., & Beck, A. T. (1977). An empirical - Clinical approach toward a definition of childhood depression. In J. G. Schulterbrandi & A. Raskin (Eds.), ***Depression in childhood : Diagnosis, treatment, and conceptual models*** (pp. 1-25). New York : Raven Press.

Llabre, M. M., & Hadi, F.A. (in press). Health - related aspects of the Gulf crisis experience on Kuwaiti boys and girls. ***Anxiety, Stress, and Coping.***

Macksoud, M. S., & Nazar, F. A. (1993). ***The impact of the Iraqi occupation on the psychological development of children in Kuwait.*** Paper prepared for Kuwait Society for the Advancement of Arab Children : Kuwait.

McFarlane, A. C. (1988). The Longitudinal course of post-traumatic morbidity : The range of outcomes and their predictors. ***Journal of Nervous Mental Disorders, 176,*** 30-39.

McFarlane, A. C., Policansky, S. K., & Irwin, C. (1987). A longitudinal study of the psychological morbidity in children due to a natural disaster. ***Psychological Medicine***, 17, 727-738.

Melamed, B. G., Melamed, J. L., & Bouhoutsos, J. C. (1989). Psychological consequences of torture : A need to formulate new strategies for research. In P. Suedfeld (Ed.), ***Psychology and Torture.*** Washington, DC : Hemisphere.

Nader, K., Pynoos, R., Fairbanks, L., & Frederick, C. (1990). Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. ***American Journal of Psychiatry, 147,*** 1526-1530.

Rubonis, A. V., & Bickman, L. (1991). Psychological impairment in the wake of disaster : The disaster - psychopathology relationship. ***Psychological Bulletin, 109,*** 384-399.

Saylor, C. F. (1993). Children and disasters clinical and research issues In C. F. Saylor (ed.) ***Children and Disasters,*** New York : Plenum Press.

Scheire, M. F. & carver, C. S. (1985). Optimisim, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. ***Health Psychology, 4,*** 219-247.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimisim on psychological and physical well -

being : Theoretical overview and empirical update. ***Cognitive Therapy and Research, 16, 201-228.***

Shore, J. H., Tatum, E. L., & Vollmer, W. M. (1986). Psychiatric reactions to disaster : The Mount st. Helens experience. ***American Journal of Psychiatry, 143***, 590-595.

Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Green, 3. J. (1986). Normative and reliability data for the children's Depression Inventory. ***Journal of Abnormal child Psychology, 14 (1),*** 25 - 39.

Speed, N., Engdahl, B. E., Schwartz, J., & Eberly, R. E. (1989). Posttraumatic stress disorder as a consequence of the prisoner of war experience. ***Journal of Nervous and Mental Disease.***

Waigandt, C. A., Sheffield, E. A., Miller, D. H., & Drolet, J. C. (1990). In J. H. Humphrey (Ed.), ***Human stress : Current selected research, Volume 4*** (pp. 59 - 65). New York : AMS Press, Inc.

Yule, W. & Williams, R. M. (1990). Post-traumatic Stress reaction in children. ***Journal of Traumatic Stress, 3,*** 279 - 295.

صف واخراج وتنفيذ بتـــرا ت : ٣ / ٢ / ٢٦٣٤٤٠١

الأطفال هم الضحايا الأبرياء للحروب في كل بقاع العالم ..

ففي الحروب معاناة .. قلق .. خوف .. حزن .. ألم وحتى تعذيب .. أسر .. فراق .. وهجرة .

عندما تندلع الحروب، يعيش الأطفال تجارب مؤلمة، وعندما تنتهي الحروب، لا تنتهي معاناة الأطفال ..

بل تترك الحروب آثاراً وجراحاً عميقة لا تندمل مع الزمن و تلازم الأطفال طوال مراحل نموهم المختلفة.

د. فاطمة نذر



السعر : 2,000 د.ك